



## **4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa**

#### **Prevenção da desnutrição da Pessoa Idosa com alimentação entérica: a Parceria como intervenção de enfermagem, no cuidado à Pessoa Idosa com alimentação entérica e familiar cuidador, na promoção do Cuidado de Si**

**Catarina Isabel Oliveira Nunes Fernandes**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa**

**Prevenção da desnutrição da Pessoa Idosa com  
alimentação entérica: a Parceria como  
intervenção de enfermagem, no cuidado à Pessoa  
Idosa com alimentação entérica e familiar  
cuidador, na promoção do Cuidado de Si**

**Catarina Isabel Oliveira Nunes Fernandes**

**Professora Doutora Idalina Gomes**

**2014**

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Idalina Gomes por me ter orientado ao longo de todo o percurso, com palavras de incentivo e estímulo constantes, pelos seus sábios, experientes e enérgicos conselhos, principalmente por me ter proporcionado crescer enquanto pessoa e enquanto enfermeira, na redescoberta do conhecimento e de melhores cuidados de enfermagem aos idosos.

À orientadora de estágio Enfermeira Especialista Sílvia Matias, por todo o apoio, todas as palavras de estímulo, em cada jornada de trabalho. Por estar tão presente, por partilhar a sua experiência e conhecimento, e principalmente a sua amizade, tendo sido determinante no alcance dos objetivos traçados e decisiva no percurso.

À equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade, pelo acolhimento e espírito de equipa, fundamentais para a integração e desenvolvimento de um trabalho partilhado.

Às enfermeiras Chefe Maria Manuela Rodrigues e Enfermeira Especialista Helena Florêncio, também elas presentes na partilha de conhecimentos e na orientação decisiva para o alcance dos objetivos, satisfação e bem-estar a cada dia, num serviço de medicina.

A todos os idosos e familiares cuidadores que na sua fragilidade colaboraram e permitiram dar consistência ao projeto, e valorização ao trabalho desenvolvido.

Aos colegas que partilharam comigo as preocupações e as alegrias ao longo do percurso, e foram testemunhas do empenho e dedicação.

À família, principalmente aos meus pais e à minha irmã que sempre me apoiaram, e tanto encorajaram para chegar ao fim.

Ao meu marido, pela compreensão, amor, alento, apoio incondicional e esforço a dobrar, e principalmente aos meus filhos, pelo tempo que não tivemos para brincar...

Por fim, a todos que me apoiaram de uma forma ou de outra, para a finalização deste projeto de vida.

## RESUMO

As alterações associadas ao envelhecimento podem interferir com a alimentação da pessoa, refletindo-se no estado nutricional (EN) e na necessidade alternativa de alimentação entérica (AE). É necessário monitorizar o EN da pessoa idosa e garantir que este e familiar cuidador desenvolvam conhecimentos que lhes permitam assumir os cuidados quotidianos e de manutenção inerentes que promovam a vida e o cuidado de Si.

Este projeto teve como objectivo desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre no âmbito dos cuidados à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção da desnutrição da pessoa idosa com AE no domicílio, através de uma intervenção em parceria promotora do cuidado de Si. Foi desenvolvido num serviço de medicina de um Hospital Central de Lisboa e numa Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) de um ACES de Lisboa, de Outubro 2013 a Fevereiro 2014. Recorreu-se à metodologia de projeto. No diagnóstico, monitorização e avaliação foram utilizados: registos de observação, análise documental e entrevistas semiestruturadas. Participaram sete idosos com AE, e sete familiares cuidadores, tendo-se identificado na fase de diagnóstico que 14% dos idosos se apresentavam desnutridos e 86% sob risco de desnutrição. A avaliação mostrou melhoria do EN com redução para 71% de idosos sob risco de desnutrição e a obtenção de 29% com EN normal.

Conclui-se que a intervenção em parceria na prevenção da desnutrição do idoso com AE, pode contribuir para um melhor conhecimento do seu potencial de desenvolvimento, possibilita a construção de uma relação de confiança e o estabelecimento de compromissos entre enfermeiro/ idoso/ familiar cuidador, transformando capacidades potenciais em reais, com melhoria do EN.

Este projeto proporcionou, assim o desenvolvimento de competências pessoais para aquisição do nível de especialista e mestre, na área de cuidados de enfermagem a pessoa idosa, possibilitando uma base de conhecimentos teóricos e práticos fundamentados na evidência científica e na ética essenciais a uma prática de enfermagem avançada. Sugere-se a continuidade do projeto, pela importância que tem no contexto da comunidade, conferindo visibilidade aos cuidados de enfermagem de qualidade e proporcionando respostas adequadas.

Palavras chave: *desnutrição, pessoa idosa, intervenção de enfermagem, parceria*

## ABSTRACT

The changes related to ageing may interfere with the person's nutrition, reflecting on the nutritional state (NS) and on the need for enteric feeding (EF). It is necessary to monitor the NS of the elderly and that both, he and the family caregiver develop knowledge which allows them to undertake the daily care and maintenance, that promote life and self-care.

This project had as goal to prevent the undernourishment of the elderly with EF at home, through a partnership intervention promoting one's care. It was developed in Central Hospital and a Community Care Unity in Lisbon, from October 2013 to February 2014.

For diagnosis, monitoring and evaluation, observation registries, documental analysis and semi-structured interviews were used.

There were seven elders with EF participating, as well as seven family caregivers. During the diagnosis phase, it was verified that 14% of the elders were undernourished and 86% in risk of undernourishment. Evaluation showed improvement of the NS, with a reduction of the number of subjects in risk of undernourishment to 71%, and obtaining 29% subjects considered to be in an adequate NS.

Therefore, it is concluded that the intervention with partnership in the prevention of undernourishment in elderly person with EF is effective since it contributes to a better knowledge of the potential for development of the elderly and the family caregiver. It also enables the building up of a relationship of trust and the establishment of commitments between the nurse/ elderly /family caregiver, converting potential abilities into real ones, with improvement of the NS.

On the other hand, all the commitment in this project provided the development of personal skills for acquisition of expert-level and master, in the area of the elderly care, allowing a basis of theoretical and practical knowledge based on scientific evidence and ethics to advanced practice.

The continuity of the project is recommended due to it's importance in the community context, giving visibility to quality nursing care and providing suitable answers.

*Key words: undernourishment, elderly person, nursing intervention, partnership*

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AE – Alimentação Entérica

ECC – Equipa de Cuidados Continuados

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EN – Estado Nutricional

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MNA – Mini Nutricional Assessment

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas

SNG – Sonda Nasogástrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UR – Unidade de Registo

## INDICE DE QUADROS

<b>Designação</b>	<b>Pág.</b>
Quadro nº 1 – Objetivos e atividades para o estágio em contexto hospitalar	27
Quadro nº 2 – Objetivos e atividades para o estágio em contexto da Comunidade, na fase de diagnóstico	31
Quadro nº 3 - Itens para análise dos registos de enfermagem	32
Quadro nº 4 - Categorias de análise das notas de campo	34
Quadro nº 5 - Objetivos e atividades para o estágio em contexto da Comunidade, na fase de desenvolvimento	36
Quadro nº 6 – Objetivos e atividades para o estágio em contexto da Comunidade, na fase de avaliação	41
Quadro nº 7 – Áreas temáticas e categorias definidas através da 5ª fase do Modelo de Parceria	44

## INDICE

INTRODUÇÃO.....	8
1 - PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO .....	11
2 - ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	14
2.1 – Envelhecimento e alterações do estado nutricional.....	14
2.2 - Intervenção de enfermagem, no cuidado à Pessoa Idosa com AE e familiar cuidador.	15
2.3 - Avaliação nutricional e o MNA® para prevenção de desnutrição da Pessoa Idosa com AE .....	17
2.4 - A Parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador no contexto domiciliário, para prevenção da desnutrição.....	19
2.4.1 - O Cuidado de Si .....	23
3. - METODOLOGIA DO PROJETO .....	25
3.1 - Finalidade e objetivos do projeto de estágio .....	25
3.2 - Desenho do projeto .....	25
3.3 - Estágio em contexto hospitalar .....	27
3.3.1 - Caracterização do contexto de estágio .....	27
3.3.2 - Atividades desenvolvidas, resultados obtidos e competências desenvolvidas .....	27
3.4 - Estágio em Unidade de Cuidados na Comunidade.....	30
3.4.1 - Caracterização do contexto de estágio .....	30
3.4.2 - Atividades desenvolvidas e resultados obtidos - fase de diagnóstico.....	31
3.4.3 - Atividades desenvolvidas resultados obtidos fase desenvolvimento .....	36
3.4.4 - Atividades desenvolvidas resultados obtidos - fase Avaliação .....	41
3.5 - Considerações éticas .....	46
4 - REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO .....	47
5 - CONCLUSÃO.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	51
APENDICES E ANEXOS .....	57



## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, com a finalidade de desenvolver competências, no cuidado diferenciado à pessoa idosa. Assim este relatório é referente ao percurso de implementação do projeto de intervenção, em parceria com a pessoa idosa a fazer alimentação entérica e familiar cuidador, para prevenir a desnutrição e promover o melhor estado nutricional, assegurando o cuidado de si.

Assiste-se a uma transição demográfica de dimensão mundial, de que Portugal não é exceção, com crescente envelhecimento da população (19% da população portuguesa são idosos). Este é fruto da diminuição das taxas de mortalidade e natalidade e melhoria das condições de saúde. A longevidade com saúde é o desafio, de modo que a intervenção junto das pessoas idosas<sup>1</sup> é cada vez mais relevante (INE, 2012; Pordata, 2013).

Por outro lado, como resultado deste envelhecimento da população, as doenças crónicas estão cada vez mais presentes, acentuando a vulnerabilidade e fragilidade das pessoas idosas e o risco de desenvolverem várias complicações, como a desnutrição (Loureiro, 2008). Esta caracteriza-se por deficiências energéticas, proteicas e de outros nutrientes, causando efeitos nocivos nos tecidos, forma e composição corporal, funcionamento e resultados clínicos (BAPEN, 2011).

Os idosos são especialmente vulneráveis à desnutrição, pelas alterações fisiológicas inerentes, associadas a múltiplas patologias e a uma ingestão nutricional deficitária (Pokorná e Chudobová, 2011; Vanderwee, *et al.* 2011). Assim, quando surgem alterações da necessidade de alimentação, que podem comprometer o estado nutricional (EN), nomeadamente aquelas que interferem com a ingestão oral, digestão e assimilação dos nutrientes considera-se a alimentação por via entérica. Esta define-se como o fornecimento de nutrientes diretamente no sistema gastrointestinal através de um tubo, um cateter ou estoma (Bankhead R. *et al.*, 2009). Este tipo de alimentação é uma alternativa à alimentação oral, quando esta não é possível. Neste contexto, surgem novas necessidades, por parte da pessoa idosa e do familiar cuidador para assegurar os cuidados inerentes. As principais dificuldades

---

<sup>1</sup>Pessoas idosas são aquelas com idade superior a 65 anos, coincidente com a idade da reforma em Portugal (INE, 2012).

que estes referem prendem-se com a falta de conhecimentos, que gera ansiedade e falta de segurança, e se repercute em dificuldades na gestão deste tipo de alimentação. Referem ainda dificuldades com o estabelecimento de horários, com a preparação de refeições diversificadas e adequação do valor nutricional das mesmas, com a administração das refeições, assim como dificuldades nos cuidados de higiene da pele junto ao estoma ou do nariz. Manifestam necessidade de serem acompanhados para terem segurança no que estão a fazer.

Neste contexto importa promover na pessoa idosa e familiar cuidador, através da educação para a saúde, capacidades e conhecimentos para lidar com esta nova forma de satisfazer a necessidade de alimentação. Para que as medidas educacionais sejam eficazes devem assentar na comunicação, assim como na formação do cidadão e dos cuidadores (DGS, 2004). Impõe-se a introdução de práticas de cuidados em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador. Importa que estes assumam o papel central no processo, sendo integrados como parte ativa e decisiva da sua reabilitação. A parceria revela-se, assim, como uma intervenção de enfermagem, tendo por base a construção de uma acção que visa a promoção do cuidado de Si e engloba cinco fases distintas: *revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar e assumir ou assegurar o cuidado de Si*. Este está relacionado com a capacidade da pessoa (ou família, ou grupo) agir por si próprio de modo a assumir ou assegurar a tomada de decisão para a satisfação de necessidades que dizem respeito à vida (Gomes, 2009; Gomes 2013).

A construção de um projeto de cuidados através da mobilização do Modelo de Parceria como uma intervenção promotora do Cuidado de Si, torna-se essencial para a prática de cuidados, quando as pessoas se encontram em situação de especial vulnerabilidade e dependência, pelo fato de estarem a alimentar-se por via entérica. É assim fundamental que o enfermeiro esteja desperto para as necessidades, dificuldades e potencialidades das pessoas idosas e dos familiares cuidadores neste contexto, e que em conjunto construam um projeto de saúde que lhes permita cuidar de si e do outro com qualidade, no domicílio. A intervenção do enfermeiro no domicílio, pode ajudar a desenvolver as potencialidades da pessoa idosa dependente e do familiar cuidador, utilizando os recursos próprios da pessoa/família. No domicílio, o enfermeiro consegue fazer com a pessoa os ajustes e adequações necessárias, baseado no seu mundo real, logo passíveis de serem alcançados ou concretizados, melhorando os conhecimentos, as habilidades e a

adesão, para prevenir a desnutrição (Mussi. C. *et al.* 2013). Prevenir a denutrição é fundamental para a melhoria da saúde global das pessoas idosas (Sonderhamn U., Flateland S., Jessen L., Soderhamn O., 2011).

Deste modo torna-se necessário fazer a avaliação do EN da pessoa idosa, mas que tenha em conta as alterações individuais associadas ao próprio envelhecimento e que interferem nos parâmetros de avaliação usualmente utilizados. Esta avaliação compreende vários parâmetros como: dados da história dietética (hábitos), história clínica, exame físico (observação), medidas antropométricas e exames laboratoriais (Loureiro, 2008). O Mini Nutritional Assessement (MNA®) é um instrumento desenvolvido para avaliar especificamente pessoas idosas, no hospital, em casa ou na comunidade, considerando fatores antropométricos, médicos, dietéticos, psicossociais e de estilo de vida (Loureiro, 2008; Barker. *et al.*, 2011).

Neste contexto para o desenvolvimento deste projeto traçamos como objetivos gerais: desenvolver competências de enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em contexto hospitalar e domiciliário, mobilizando a parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador para a promoção do cuidado de Si, nomeadamente para prevenção da desnutrição. Com a equipa de enfermagem pretendeu-se a implementação de intervenções em parceria, para prevenção da desnutrição da pessoa idosa com AE.

O desenvolvimento do projeto baseou-se na metodologia de projeto que visa a implementação de estratégias para a resolução do problema real identificado (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Este relatório está dividido em seis partes. A primeira é constituída pela introdução; A segunda parte abrange a apresentação da problemática e a justificação do projeto; Na terceira parte faz-se o enquadramento concetual; Na quarta parte fala-se da metodologia de projeto, apresentando-se atividades, resultados e competências desenvolvidas. Na quinta parte faz-se uma reflexão sobre as implicações para a prática. A última parte é a conclusão<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> A redação deste relatório seguiu as orientações da ESEL para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL, o Regulamento de Mestrados da ESEL e as normas APA para enunciação de citações e referências bibliográficas.

## 1. PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

O enquadramento atual no sector da saúde é condicionado pelas alterações demográficas conhecidas, designadamente o aumento da esperança de vida, diminuição da natalidade e o consequente aumento do índice de dependência de idosos (Conselho Superior de Estatística, 2012).

Esta longevidade favorece o desenvolvimento de problemas de saúde e prevalência de doenças crónicas e degenerativas, incrementando a despesa no sector da saúde, motivada, pelo aumento e especificidade dos cuidados prestados.

A desnutrição, associada ao processo de envelhecimento e à existência de doença crónica, é apontada como fator de fragilidade da pessoa idosa, com impacto direto na qualidade de vida e gestão do projeto de saúde, constituindo-se uma área importante dos cuidados de enfermagem. Acentua-se esta importância quando há uma impossibilidade de alimentação oral para satisfação desta necessidade, recorrendo-se à via entérica. A fragilidade da pessoa idosa está aumentada, assim como a necessidade de cuidados de manutenção e continuidade de vida, habitualmente assegurados pelo familiar cuidador, no seu domicílio.

As medidas para fazer face a estas alterações, passam pelo reforço dos cuidados de saúde em ambiente de cuidados de saúde primários. Desta forma desviando a prestação de cuidados para unidades da rede de cuidados de saúde primários, rede de cuidados continuados e o próprio domicílio, objetivando promover a adaptação e capacitação das pessoas enquanto consumidores de cuidados de saúde (Meireles, 2008; Norman e Tesser, 2009; CSE, 2012).

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) constituem, instrumentos fundamentais na resposta à preocupação atual de manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e contexto habitual de vida (DGS, 2004).

O interesse por esta problemática está relacionado com o facto das pessoas idosas apresentarem um elevado risco de desenvolver desnutrição, mas em particular as que se encontram a fazer AE, fato que exige o desenvolvimento de capacidades, quer por parte do próprio idoso, quer por parte do familiar cuidador que assume o cuidado do Outro, dando destaque à intervenção em Parceria (Loureiro, 2008; Gomes, 2009; Volkert *et al*, 2011).

Neste âmbito, durante a fase de diagnóstico do projeto, percebeu-se que o

problema da desnutrição dos idosos com AE, é um problema sentido pelos enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que acompanhavam as pessoas em casa. Foi importante, junto deles, perceber como se desenvolvia o projeto de cuidados, relativamente à intervenção em parceria para prevenção da desnutrição, e como efetuavam os registos. Para esse efeito, foi desenvolvida e aplicada uma grelha de análise dos registos de enfermagem, elaborada de acordo com várias dimensões que caracterizavam os indicadores das fases do modelo de parceria de Gomes (2009, 2013). Da sua análise, constatou-se que os registos de enfermagem não contemplavam informação suficiente para conhecer a pessoa, e que não se procedia à avaliação do EN das pessoas idosas a fazer AE, no domicílio.

Foram igualmente observadas as práticas de cuidados de enfermagem no decurso das visitas domiciliárias. Observou-se que os enfermeiros procuravam tornar a pessoa idosa e o cuidador parceiros de cuidados, intervindo para aumentar os conhecimentos que os ajudassem a tomar decisões, através de intervenções educativas. Contudo não as registavam de forma sistematizada e não usavam um instrumento de avaliação do risco nutricional.

Avaliar o EN dos idosos surge como uma ação difícil e complexa, tendo em conta as alterações individuais associadas ao próprio envelhecimento, que interferem nos parâmetros de avaliação nutricional comumente utilizados (Loureiro, 2008). Uma avaliação sistemática do risco nutricional concorre para se promover um bom EN, logo contribui para um envelhecimento saudável pela prevenção do declínio psicológico e funcional. Permite ativar o conjunto das forças físicas, afetivas, psíquicas e sociais para compensar a doença, superá-la ou enfrentá-la (Collière, 1999; Loureiro, 2008; Pokorná A. e Chudobová L., 2011). O EN da pessoa idosa é um determinante principal da sua qualidade de vida e pode influenciar a perceção do próprio quanto à sua saúde/doença, quanto a manter-se ativo e à satisfação com a própria vida. Neste sentido selecionou-se um instrumento concebido para avaliação do risco nutricional das pessoas idosas que considera fatores antropométricos, médicos, dietéticos, psicossociais e de estilo de vida e que existe na forma abreviada (Short-Forme) (MNA-SF®) tornando-se um rápido e confiável instrumento de avaliação (Bater, Gout e Crowe, 2011; Sonderhamn U., Flateland S., Jessen L., Soderhamn O., 2011).

Assim, a finalidade deste projeto assenta na prevenção da desnutrição da

pessoa idosa que se encontra a fazer AE no domicílio, e cuidador familiar, planeando cuidados quotidianos e de manutenção que promovam a vida e o cuidado de Si.

Com o intuito de nortear a fundamentação da problemática e identificar as intervenções de enfermagem para dar suporte a nossa prática, efetuou-se uma revisão sistemática da literatura tendo por base a seguinte questão: *“como promover o cuidado de si, em parceria com a pessoa idosa, que se encontra a fazer alimentação entérica no domicílio e cuidador familiar, para prevenção da desnutrição?”* Usaram-se os seguintes descritores: Idoso, desnutrição, alimentação entérica, estado nutricional, parceria, intervenções de enfermagem e cuidado de Si; Elder, malnutrition, enteric feeding, nutritional state, partnership, nurseinterventions, care of itself.

No Capítulo que se segue procede-se ao enquadramento conceptual.

## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo pretendeu-se apresentar a sustentação teórica da problemática e das intervenções realizadas, clarificando os conceitos que se encontram inerentes e as intervenções que a evidência científica mostra. Considerou-se fundamental começar por abordar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento que afetam o EN das pessoas idosas, quais as suas necessidades nutricionais, assim como a importância de uma avaliação nutricional sistematizada para uma intervenção de qualidade em cuidados de enfermagem. Posteriormente, aprofunda-se o Cuidado de Si/Cuidado do Outro, como forma de assumir o próprio cuidado, operacionalizado através das fases do modelo de parceria.

### 2.1. – Envelhecimento e alterações do estado nutricional

Segundo dados estatísticos o peso relativo da população idosa é atualmente de 29 idosos para cada 100 pessoas em idade ativa e está previsto que este número triplique nos próximos 50 anos (Pordata, 2013). De fato todos envelhecemos desde que nascemos. As mudanças biológicas que caracterizam o envelhecimento são gerais e evidenciam uma ampla variedade de reações individuais, tornando os idosos um grupo etário muito heterogêneo. Durante a fase ulterior da vida adulta, ocorrem perdas progressivas de células e redução do metabolismo, associado à diminuição lenta de *performance* da maioria dos sistemas e órgãos (Spinelli, 2008). A taxa de metabolismo basal diminui com a idade, resultando em alterações da composição corporal, como a diminuição da massa muscular e aumento da gordura total e gordura visceral. Pelo que as necessidades energéticas diárias do idoso serão mais reduzidas que as de um indivíduo adulto ativo.

O EN do indivíduo reflete o grau em que as necessidades do organismo por nutrientes estão a ser atendidas. As recomendações nutricionais para a pessoa idosa, em macro e micronutrientes, não diferem muito das recomendações para os indivíduos adultos, contudo é importante atender a certas especificidades, particularmente no que respeita aos ácidos gordos essenciais, cálcio e vitaminas. Quanto às necessidades proteicas, estas não se modificam com a idade, exceto na presença de doenças crónicas, pelo que deverão ser avaliadas particularmente (entre 56 g/dia e 46 g/dia). A contribuição energética dos hidratos de carbono, deve corresponder a cerca de 45-65% da energia total diária (média de 130 g/dia), a partir

fundamentalmente dos produtos hortofrutícolas, cereais e derivados integrais, ricos em fibra, vitaminas e minerais essenciais. O consumo de gordura deve corresponder a cerca de 20-35% da energia total diária. Relativamente às necessidades de vitaminas, devido à diminuição da produção de ácido gástrico fundamental para libertar a vitamina B12 das proteínas, os idosos poderão apresentar deficiências neste tipo de vitaminas, cuja necessidade diária é de cerca 2,4 mg. É também necessário aumentar a ingestão da vitamina D (10 a 15µg/dia), assim como de vitamina B6 (1,5-1,7 mg/da) (Associação Portuguesa de Nutricionistas, 2011).

O EN dos idosos é um determinante principal da sua qualidade de vida e pode influenciar a capacidade de ser independente e a capacidade de cuidado de Si.

## **2.2. Intervenção de enfermagem, no cuidado à Pessoa Idosa com AE e familiar cuidador**

A intervenção do enfermeiro passa por 2 aspetos-chave: *intervenções educativas junto do idoso com AE e familiar cuidador, para o desenvolvimento de capacidades; vigilância e avaliação periódica do risco nutricional, para prevenção de complicações*. O primeiro aspeto prende-se com a alteração imposta por esta nova forma de se alimentar, exigindo intervenções educativas capazes de transformar capacidades potenciais em capacidades reais. O segundo diz respeito às intervenções descritas na literatura, que permitem uma adequada vigilância e prevenção de complicações, salientando a importância da avaliação do estado nutricional, para prevenir desnutrição (Fogg, 2007; Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010; Best, C.; Hitchings, H., 2010; Wilson, 2011; Collins K, Gaffney L, Tan J, Roberts S, Nyulasi I., 2013).

As intervenções educativas devem começar logo que possível, assegurando que idoso e cuidador familiar desenvolvem competências (Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010), e que a pessoa idosa com AE é encorajada a participar em cuidar da sua própria saúde e compreender o papel que desempenha no processo de tomada de decisão (Best, C.; Hitchings, H., 2010). Desta forma ganham segurança na sua atuação, e têm o enfermeiro como recurso. As Intervenções começam com a identificação das necessidades das pessoas idosas e do cuidador familiar, o que incluiu avaliar o seu ambiente familiar, a estabilidade da condição clínica, as suas competências psicomotoras e a sua capacidade para perceber e reter a informação



(Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010). Se possível, o ensino deverá ser efetuado a mais do que um cuidador (Fogg, 2007; Hitchings, H; Best, C.; Steed, I., 2010). Deve contemplar uma etapa de treino: com manuseamento e administração da alimentação através da sonda, depois de demonstração, para que sintam segurança em situação real (Fogg, 2007). Paralelamente, devem ser fornecidos contactos telefónicos aos quais possam recorrer, no caso de existirem problemas com a sonda ou de surgirem dúvidas (Wilson, 2011), assim como um plano alimentar escrito e literatura sobre os cuidados a ter (Best, C; Hitchings, H., 2010; Collins K, Gaffney L, Tan J, Roberts S, Nyulasi I., 2013).

Para se diminuir o risco de desnutrição e assegurar a adequação da AE, deve efetuar-se a monitorização nutricional através de instrumentos de avaliação, como é o MNA-SF® (Fogg, 2007; Wilson, 2011). Neste sentido a vigilância dos idosos que estão com AE no domicílio, deve incidir sobre os seguintes parâmetros: aporte nutricional; aporte de líquidos; a função gastrointestinal; o estoma e pele peri-estoma; correto posicionamento do tubo; higiene oral diária (Fogg, 2007). Por outro lado para assegurar que o plano nutricional está de acordo com as necessidades do idoso devem verificar-se em intervalos de tempo regulares: as indicações, via de administração, riscos, benefícios e objetivos da AE (Fogg, 2007).

Podem surgir como complicações mais frequentes: náuseas e distensão abdominal, diarreia, exteriorização ou obstrução do dispositivo, sinais inflamatórios do local de inserção da PEG, alterações da pele do nariz onde está inserida a SNG, desadequação do plano alimentar para as necessidades nutricionais do idoso, deterioração dos dispositivos (Fogg, 2007; Best, C.; Hitchings, H., 2010; Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010; Wilson, 2011). Quando ocorre náusea e distensão abdominal poderá estar relacionado com má técnica de administração da alimentação, como por exemplo: velocidade demasiado rápida, ar administrado inadvertidamente, não verificação do conteúdo alimentar antes de iniciar a administração, demasiado volume de alimentos na refeição, posicionamento do idoso com cabeceira elevada a menos de 30°, devendo manter-se durante e após a administração da AE, em posição sentado. Também a diarreia está associada a má técnica de administração, insuficientes cuidados de higiene na confecção e administração, ou desadequação do plano alimentar (Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010; Collins K, Gaffney L, Tan J, Roberts S, Nyulasi I., 2013)

É importante, que a par destas causas, se vigiem efeitos secundários da medicação

e se tenha presente que a polimedicação do idoso pode influenciar a nutrição do mesmo (Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010).

No caso de se tratar de uma gastrostomia deve vigiar-se diariamente o local de inserção, para despistar sinais inflamatórios, fugas ou fístulas, fazer uma correta higiene com água e sabão e secar muito bem, assim como fazer a rotação do tubo diariamente (Collins K, Gaffney L, Tan J, Roberts S, Nyulasi I., 2013). Se se tratar de SNG, os cuidados prendem-se com os cuidados à pele do nariz verificar a posição da sonda nasogástrica, confirmando a sua inserção no estomago através auscultação de ar introduzido no estomago, com estetoscópio, e aspiração de conteúdo gástrico (Best, C.; Hitchings, H., 2010).

As intervenções promotoras do cuidado de si, na prevenção da desnutrição, em parceria com a pessoa idosa com AE e familiar cuidador, assentam no ensino, com demonstração e treino para o desenvolvimento de capacidades, e na avaliação periódica do risco nutricional e vigilância, com especial atenção para a prevenção de complicações.

### **2.3. Avaliação nutricional e o MNA® para prevenção de desnutrição da Pessoa Idosa com AE**

A desnutrição é vista como uma síndrome geriátrica associada ao ciclo de fragilidade. Este consiste na acumulação, com o envelhecimento, dos efeitos de falta de atividade física, inadequada nutrição, ambiente insalubre e de processos de doença. Leva a um estado crónico de desnutrição e consequente sarcopenia, perda da capacidade de reserva do indivíduo e sensação aumentada de esforço para o desempenho das atividades de vida diárias. Logo, a atividade física diminui, há uma redução significativa do metabolismo em repouso e uma importante redução do gasto energético global que serve para acentuar a desnutrição crónica inicial (Michel, Lang, Zekry, 2008).

Quando a pessoa idosa não consegue satisfazer as suas necessidades nutricionais através da ingestão oral, pode ser necessário recorrer a outras formas de alimentação, como a AE, para o fornecimento de nutrientes directamente no sistema gastrointestinal, através de um tubo, um cateter ou estoma (Bankhead R. et al, 2009). Pode ser de carácter temporário ou de forma mais prolongada, através de Sonda Naso Gástrica (SNG) ou dispositivo de Gastrostomia Endoscópica

Percutânea (PEG).

A monitorização do EN da pessoa idosa permite intervir atempadamente, minimizando efeitos adversos causados pela desnutrição. Permite direccionar a intervenção de enfermagem para as necessidades reais dos idosos, tendo em conta os vários contextos de vida quotidiana em que estes se encontram. Importa lembrar que o contexto onde as pessoas habitam também determina o seu EN, a sua qualidade de vida e mesmo o seu bem-estar físico e psicológico (Marques, 2008; Pokorná; Chudobová, 2011). Por outro lado, avaliar o EN da pessoa idosa torna-se difícil e complexo, tendo em conta as alterações individuais associadas ao próprio envelhecimento, que interferem nos parâmetros de avaliação nutricional (Loureiro, 2008).

A avaliação nutricional compreende vários parâmetros como: dados da história dietética (hábitos), história clínica, exame físico (observação), medidas antropométricas e exames laboratoriais. Os exames laboratoriais são as medidas mais objetivas, usadas para detetar deficiências subclínicas e para confirmação diagnóstica, com a vantagem de possibilitar seguimento de intervenções nutricionais ao longo do tempo (Spinelli, 2008).

O MNA® surge como um instrumento de triagem do risco de desnutrição validado para a população idosa portuguesa, tanto em contexto hospitalar como no ambulatório (Loureiro, 2008). A literatura diz-nos que é considerado um instrumento simples e bem validado, considerado como uma mais valia para a avaliação nutricional dos idosos, com valores de sensibilidade e especificidade de 80% e 90%, respectivamente (Harris,D.G.; Davies, C.; WardH.; Haboubi, N. Y., 2007; Volkert,D., Pauly,L., Stehle,P., & Sieber,C.C.,2011). Este instrumento contempla 18 itens agrupados em 4 categorias: avaliação antropométrica (peso, altura e perda de peso), avaliação global (estilo de vida, uso de medicação e mobilidade), dietética (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos) e avaliação subjetiva (autonomia para comer e visão pessoal) (Emed, Kronbauer e Magnoni, 2006). A sua versão abreviada, MNA-Short Form (SF-MNA®) (Anexo1), é uma forma curta do MNA®, com 6 questões e que pode ser concluído em 5 minutos ou menos. A conformidade entre os dois instrumentos é de 99% para a identificação de estados de desnutrição e de 83% para identificar risco de desnutrição (Huhmann, M.B.; Perez, V.;Alexander D.D.; Thomas D.R., 2013).

Baseada nestes pressupostos considerou-se pertinente a utilização deste

instrumento - MNA-SF® - durante a realização do estágio, integrado numa avaliação multidimensional, permitindo saber que idosos com AE em casa, estavam desnutridos ou em risco de desnutrição, para promover o melhor EN, intervindo em parceria.

#### **2.4. A Parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador no contexto domiciliário, para prevenção da desnutrição**

Dados do Censos 2011 indicam que aproximadamente 60% da população idosa vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década. Estamos perante um cenário que faz com que pessoas que já se encontram em “plena velhice tenham que assumir a tarefa de cuidar, embora apresentem alguma alteração na capacidade funcional e até mesmo na sua saúde” (INE, 2012; Diogo, D. M.J.; Ceolim, M.F; Cintra F.A., 2005, p.99). A evidência sugere que “as pessoas dependentes e os idosos não desejam os cuidados institucionais” e que “as famílias e os cuidadores informais” preferem continuar a cuidar do membro da família num ambiente familiar (WHO, 2008).

Os cuidadores informais assumem-se como fundamentais e as famílias têm constituído o pilar dos cuidados informais, nomeadamente as esposas, no caso dos idosos com PEG para AE (Martin L., Blomberg L., Lagergren P., 2012; IPSS, 2013). Cuidar de um idoso com incapacidades funcionais (físicas e cognitivas), principalmente quando esse é membro da família, torna-se penoso e desgastante (Souza RF, Skubs T, Brêtas ACP, 2007). É necessário apoio ao próprio cuidador, para prevenir a sua sobrecarga (IPSS, 2013). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) constituiu uma rede de apoio que integrou um “conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam (ou virão a prestar) cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência”, com a missão de as manter no domicílio, bem como apoiar familiares ou prestadores informais, na qualificação e na prestação dos cuidados (Instituto da Segurança Social, 2012, p.4).

Nas recomendações emanadas pela Unidade de Missão Cuidados Continuados Integrados consta que podem ser admitidos na RNCCI: “pessoas em situação de dependência, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e

básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricos, nomeadamente, **desnutrição**". Também aquelas que manifestem necessidade de "**ensino** de procedimentos aos **cuidadores**, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio" (UMCCI, 2011).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (conforme n.º 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de fevereiro), e prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família.

Nestas situações os cuidadores informais são habitualmente cuidadores familiares e, assumem um papel determinante. Mas necessitam de apoio, nomeadamente aqueles proporcionados a partir de redes sociais flexíveis e eficazes, onde se enquadra o apoio domiciliário pela ECCI, incentivando a manutenção de utentes no domicílio (IPSS, 2013).

Enquanto espaço de cuidados, o ambiente domiciliário é um desafio para o trabalho do enfermeiro, exigente ao nível das competências na área técnico-científica (WHO, 2008). A visita domiciliária é para enfermeiro, pessoa idosa e família, o espaço libertador das normas institucionais facilitando a gestão do tempo, centrando-se nas necessidades sentidas (Duarte, 2010, pg. 90). Melhora o conhecimento sobre a doença, as habilidades para o autocuidado e a adesão ao tratamento (Mussi, 2013).

A enfermeira torna-se o apoio, a conselheira, a educadora, a promotora da independência possível. Realiza educação para a saúde, utilizando os recursos próprios da pessoa/família. A própria visita domiciliária é um instrumento da intervenção educativa, que proporciona aos profissionais de saúde um espaço de descobertas, partilha de experiências, escuta e diálogo, fortalecendo o vínculo entre eles e os idosos (Araújo, 2010).

Os cuidados de enfermagem devem promover processos de aprendizagem centrados nos projetos de saúde de cada cliente, família ou comunidade, tendo em conta a prevenção da doença e promoção de processos de readaptação, assim como a satisfação das necessidades humanas fundamentais e máxima independência na execução das atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros 2010).

A promoção destes cuidados passa pelo estabelecimento de uma relação eficaz onde é necessário conhecer a pessoa de quem cuidamos e sua família, partilhando conhecimentos, gerando uma relação de confiança e estabelecendo uma relação de cuidados negociada (Gomes, 2013). Neste sentido constrói-se um processo de cuidados de enfermagem que pressupõem uma avaliação e identificação da natureza das necessidades ou problemas de saúde, “vividos por uma ou mais pessoas, num dado meio, e que requerem cuidados de (...) manutenção da vida, cuidados de reparação, bem como aquilo que se propõem complementar ou compensar” (Collière, 1999, p.293).

Ser parceira de cuidados envolve “percecionar a pessoa integrada numa família alargada, valorizar o cuidador familiar e incluir a família na equipa de cuidados” (Duarte, 2010, p.163). Em parceria com o idoso “os cuidados não têm sentido senão em relação com a sua realidade” o que significa que têm que ter sentido para quem é cuidado, ajudando-o a seguir com o seu projeto de vida, melhorar a adaptação à sua situação de doença promovendo o cuidado de Si, no contexto em que se encontra (Collière, 1999, p.151; Gomes, 2013). A parceria exige que haja participação de cada um como parceiros de um mesmo projeto, onde embora desempenhem papéis diferentes têm funções que se complementam (Collière, 1999, p.305). Está subjacente o *empowerment* do idoso, que passa pelo reconhecimento das suas capacidades na tomada de decisão, em que este assume as suas convicções, escolhas de vida e as suas próprias responsabilidades (Gomes, 2007). Traduz a ideia de poder centrado no indivíduo. A própria educação em saúde é uma forma de empoderamento. Implica reflexão e tomada de consciência, e perspetiva das mudanças desejadas com objetivo de alcançar algo (Araújo, 2010). É um processo destinado a facilitar a mudança de comportamento de forma auto-dirigida (Andersen e Funnel, 2010). Deve ser desenvolvido tendo em conta as capacidades da pessoa idosa, respeitando a sua autonomia, o seu poder de decisão, em que esta deve ser vista como participante ativo no seu processo de saúde/doença ou projecto de vida (Gomes, 2013).

A prática de cuidados em parceria está intimamente associada ao cuidar do outro, numa perspectiva de otimizar as suas capacidades e valorizar a sua autonomia (Penny e Wellard, 2007).

Com a implementação do Modelo de Parceria proposto por Gomes (2009, 2013), o idoso e familiar cuidador têm o papel principal no processo de cuidados,

preconizando-se que seja olhado em todas as suas dimensões para conhecer o seu potencial de desenvolvimento. Alcançado este conhecimento, é possível delinear estratégias em conjunto para a transformação das capacidades potenciais em reais, para que prossiga com seu projeto de vida.

Este modelo de intervenção operacionaliza-se em cinco fases. Inicia-se com **Revelar-se** em que o enfermeiro procura conhecer a identidade da pessoa idosa, que nesta situação tem uma vulnerabilidade acrescida para ocorrência de desnutrição. Assim procura conhecer o seu contexto de vida, os seus recursos pessoais (que apoios tem), as suas necessidades e potencial de desenvolvimento, a forma como se encontra a vivenciar esta situação. Que impacto tem na sua trajetória e projeto de vida. Importa também conhecer o familiar cuidador e as suas necessidades e dificuldades. Na fase seguinte, **Envolver-se**, o enfermeiro investe na relação onde cada indivíduo deve saber o seu papel, mobilizando capacidades de comunicação, escuta, competências relacionais; procura promover um ambiente seguro, um espaço de reciprocidade, nomeadamente um espaço capacitador e adaptado às necessidades da pessoa idosa. Procura com a pessoa aquilo que a motiva e lhe dá sentido, nomeadamente gostos pessoais, comidas preferidas, horários habituais das refeições. Também o enfermeiro se envolve e partilha sentimentos. Os parceiros envolvem-se com objetivo comum de prevenir a desnutrição ou melhorar o EN.

**Capacitar e possibilitar**, uma vez envolvidos, o enfermeiro continua a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que detém. Promove a negociação e estabelecem-se objetivos atendendo às prioridades da pessoa idosa que tem um papel proactivo para assumir o cuidado de Si e o enfermeiro posiciona-se como um recurso (capacitar). Contudo quando a pessoa idosa não pode assumir o seu cuidado, o enfermeiro assegura o cuidado ajudando a capacitar o familiar cuidador (possibilitar); **Comprometer-se**, consiste no desenvolvimento de estratégias no sentido de serem atingidos os objetivos definidos, ou redefinirem-se os mesmos, assumindo a pessoa alvo de cuidados e o enfermeiro um compromisso.

O Cuidado de Si assume-se como a última fase do Modelo de Parceria tendo uma dupla faceta: assumir o controlo do **cuidado de Si** próprio, e assegurar o **cuidado do Outro**. O primeiro acontece quando a pessoa tem controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, informado é capaz de decidir e gerir a sua situação. O segundo implica

que o familiar cuidador adquira capacidades e competências para cuidar da pessoa idosa, ou o próprio enfermeiro assuma a responsabilidade do cuidado que a pessoa deveria ter consigo própria (Gomes, 2013).

O envolvimento do cuidador familiar nas práticas de cuidados desejáveis para a pessoa e família, passa pela convicção de que este poderá, de forma capaz, “cuidar mobilizando afetos, memórias, toque pessoal, proximidade e poupando recursos económicos” (Duarte, 2010, pg168). O familiar poderá ser um recurso nos cuidados de manutenção da vida, destacando-se os cuidados inerentes à AE, a par dos cuidados de higiene e conforto ou da mobilidade e vigilância da integridade da pele e mucosas. Para tal, o familiar cuidador necessita do apoio, de ensino e da disponibilidade da enfermeira (Duarte, 2010).

Neste sentido, a intervenção em parceria no domicílio promove as potencialidades do cuidador familiar da pessoa idosa, contribui para a dignidade e sentimento de utilidade do mesmo, assegurando o cuidado do outro, contribuindo para promover o melhor EN do idoso com AE, promovendo deste modo o cuidado de Si.

#### 2.4.1. O Cuidado de Si

O cuidado de Si mesmo é uma atitude ligada a uma série de ações exercidas de si para consigo, relacionado com a capacidade da pessoa (ou família, ou grupo) agir por si próprio, tomando decisões acerca do seu o projeto de vida e assegurando a satisfação de necessidades que dizem respeito à vida. Estas podem avaliar-se por aquilo que é capaz de fazer, ou que é capaz parcialmente ou que não é capaz, mas também por aquilo que a pessoa sabe fazer sozinha, o que sabe fazer com ajuda e o que não sabe fazer, definindo a intervenção mais adequada (Collière, 1999).

O princípio do cuidado de Si está em preocupar-se, tomar conta de si, ter cuidado consigo e cuidar-se. Refere-se ao cuidado que se deve ter consigo próprio, mas também encerra “o cuidado que se tem com o cuidado que os outros devem ter consigo próprios” ou seja remetendo para o cuidado de si próprio e para a vertente de assegurar o cuidado do outro (Foulcault, 1994, p.65). “O cuidado de Si deve ter o objetivo e fim em si mesmo, do ocupar-se de si como uma prática de vida” (Bolsoni, 2012). Este só é questionado e tido como essencial quando as pessoas tomam consciência do seu modo de viver e do estilo de vida que têm, normalmente confrontados numa situação de doença, em que se repensa afinal, o cuidar de si do



quotidiano (Silva, *et al.*, 2009). Este impõem-se como a percepção e abordagem da pessoa enquanto um sujeito capaz de pensar, de refletir, de conhecer e de optar, decidindo por si e para si o que é o melhor, como um ser dotado de razão, de vontade e de capacidade de exercer a sua liberdade (Lunardi, Filho, Silveira, Soares e Lipinski, 2004). A parceria visa a promoção do cuidado de si, da pessoa idosa com AE no domicílio, e encerra também o cuidado do outro, quando o próprio não consegue assumir o seu cuidado, dependendo de terceiros para o efeito.

### **3. METODOLOGIA DO PROJETO**

Para o desenvolvimento deste trabalho optou-se pela metodologia de trabalho de projeto, como um conjunto de técnicas ou procedimentos que se centram na resolução de problemas, fazendo a ponte entre a teoria e a prática. O percurso fez-se por etapas: identificação do problema e diagnóstico de situação; planificação de estratégias e programação de atividades; execução das atividades; avaliação do trabalho e divulgação dos resultados (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

#### **3.1.Finalidade e objetivos do projeto de estágio**

O desenvolvimento deste projeto teve como finalidade o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista nos cuidados a pessoa idosa, nomeadamente na prevenção da desnutrição da pessoa idosa a fazer AE no domicílio, planeando cuidados quotidianos e de manutenção que promovam a vida e o cuidado de Si. Para tal foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências de enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em contexto hospitalar e domiciliário, mobilizando a Parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si;
- Desenvolver competências de enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa com AE e familiar cuidador, em contexto domiciliário, para prevenção da desnutrição, mobilizando a Parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si;
- Desenvolver competências na equipa de enfermagem, na implementação de intervenções em parceria, para avaliação do EN da pessoa idosa com AE no domicílio e seu familiar cuidador, promovendo o cuidado de Si, para prevenção da desnutrição.

#### **3.2- Desenho do projeto**

Considerando o percurso da metodologia de projeto foram planeadas atividades específicas para a concretização do mesmo. A sua descrição foi organizada em três fases:

**Fase de diagnóstico** onde se efetuou o diagnóstico da situação e foram delineados

os seguintes objetivos: conhecer o modelo de parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si; identificar principais implicações do internamento para a pessoa idosa; contextualizar a prestação de cuidados à pessoa idosa, no domicílio; caracterizar a problemática da avaliação do EN da pessoa idosa que se encontra a fazer AE; integrar a equipa da UCC, no acompanhamento da pessoa idosa que se encontra a fazer AE no domicílio, e seu cuidador familiar; identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem da UCC, relativamente à avaliação do EN da pessoa idosa, tendo por base as ações desenvolvidas nas fases do processo de parceria.

Os dados nas fases de diagnóstico e avaliação foram colhidos por análise documental (registos de enfermagem), por observação direta de práticas e também por entrevistas semiestruturadas aos familiares cuidadores. A análise dos dados foi efetuada através da análise de conteúdo, com definição de categorias *a priori* e *a posteriori*. Para a avaliação sistemática do EN do idoso com AE, recorreu-se ao MNA-SF®, contribuindo para identificar o risco nutricional e para definir uma intervenção de enfermagem precoce que promova a saúde prevenindo a desnutrição e suas consequências.

**Fase de desenvolvimento** onde foram delineados como objetivos: identificar o papel do enfermeiro especialista na intervenção à pessoa idosa no domicílio; realizar a avaliação do EN, em parceria com a pessoa idosa a fazer AE no domicílio e seu familiar cuidador, para assegurar o cuidado de Si; definir estratégias em parceria com a pessoa idosa com AE no domicílio e seu cuidador familiar, para uma adequada prestação de cuidados tendo em conta o dispositivo de AE, assegurando o cuidado de si; sensibilizar e determinar com a equipa de enfermagem intervenções em parceria com a pessoa idosa com AE no domicílio e familiar cuidador para a melhoria do EN.

**Fase de avaliação** onde foi realizada a análise do percurso: reavaliar o EN da pessoa idosa com AE, no domicílio, em parceria com o mesmo e cuidador familiar; identificar os contributos do modelo de parceria para a pessoa idosa com AE no domicílio e seu cuidador familiar, na promoção do cuidado de Si; identificar alterações e contributos do projeto na prática diária da equipa de enfermagem, no cuidado da pessoa idosa, com AE no domicílio.

### 3.3 - Estágio em contexto hospitalar

Neste contexto, adquiriram-se competências específicas relacionadas com as implicações do internamento e adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas idosas, procurando sempre promover um ambiente seguro através do conhecimento e aplicação de boas práticas para um nível de especialista.

#### 3.3.1 - Caracterização do contexto de estágio

O início do estágio decorreu num serviço de Medicina Interna de um Hospital Central de Lisboa, de 1 a 25 de Outubro 2013, sob a orientação local de uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. O Serviço é composto por uma Unidade de Cuidados Especiais Médicos que comporta 6 camas, por 4 enfermarias de 3 camas e 1 quarto individual. Fazem parte da equipa 22 enfermeiros e 12 médicos. Ao longo do estágio foram acompanhados 7 idosos, com média de idades de 83,3 anos, prestando cuidados globais.

#### 3.3.2 - Atividades desenvolvidas, resultados obtidos e competências desenvolvida

Quadro nº 1 – Objetivos e atividades para o estágio em contexto hospitalar

FASES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES
Diagnóstico	Identificar principais implicações do internamento, na pessoa idosa;	Acompanhamento dos idosos no internamento, identificando os principais problemas através do instrumento SPICES
Desenvolvimento e Avaliação	Avaliar implicações do internamento na pessoa idosa, ao nível da prestação de cuidados;	
	Realizar avaliação multidimensional da pessoa idosa.	Avaliação multidimensional da pessoa idosa, mediante a aplicação de instrumentos de avaliação específicos;

#### **Atividade - Acompanhamento dos idosos no internamento, identificando os principais problemas através do instrumento SPICES**

O instrumento SPICES foi desenvolvido por Terry Fulmer (2007) e a sua utilização permite estar atento às necessidades e complicações mais comuns dos idosos, nos seus diferentes contextos de vida. Trata-se de uma mnemónica para descrever necessidades / focos de atenção “marker conditions” descritas pela autora (SPICES): *sleep disruption* (S), *problems with eating and feeding* (P), *incontinence* (I), *confusion* (C), *evidence of falls* (E), *skin breakdown* (S). Logo o uso deste instrumento de triagem em internamento permitiu uma abordagem direcionada,

determinando intervenções de acordo com cada problema identificado precocemente. E contribuiu para desenvolver competências na equipa de enfermagem, quanto ao uso destes instrumentos específicos, promovendo cuidados mais direcionados para a pessoa idosa internada.

### **Resultados/competências desenvolvidas**

A identificação dos principais problemas decorrentes da hospitalização, permitiu constatar na prática o que diz a evidência científica e recorrer à mesma para sustentar e construir intervenções eficazes junto dos idosos e familiares cuidadores, no sentido de aumentar o nível dos seus conhecimentos para a gestão do processo saúde/doença (Giles, Hawthorne e Crotty, 2009; Sales, Silva, Gil Jr, e Filho, 2010; Laudisio, *et al.*, 2010; Helvik, Engedal, e Selbæk, 2010; Vanderwee, *et al.*, 2011; Revello e Fields, 2012; Gomes, 2009).

Por outro lado, a experiência neste estágio proporcionou o desenvolvimento de competências na área da formação junto da equipa. Discutiu-se em momentos privilegiados de passagem de turno a avaliação feita com base no instrumento SPICES. Facilitou um melhor acompanhamento das pessoas idosas, para o qual se percebeu ser fundamental o estudo dos problemas e necessidades, desenhando estratégias que tenham em conta as reais necessidade das pessoas (Galdeano, Rossi, Zago, 2003). Permitiu, ainda, o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado direto ao idoso e familiar cuidador na sua globalidade, possibilitando conhecer o seu potencial de desenvolvimento, definir estratégias em comum, colmatar as suas necessidades, no sentido de que estes pudessem assumir o cuidado de Si, e prosseguir com o seu projeto de vida e saúde. A compreensão do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009), assim como a avaliação multidimensional da pessoa idosa, permitiu uma abordagem individualizada.

### **Atividade - Avaliação multidimensional da pessoa idosa**

A avaliação multidimensional contemplou a utilização de instrumentos de medida para um diagnóstico rigoroso, nomeadamente a entrevista estruturada que permitiu o conhecimento dos dados mais subjetivos e individuais, cruciais para o planeamento de intervenções e para assegurar a continuidade dos cuidados. No caso da pessoa idosa não poder fornecer a informação, esta foi possível recolher, através do cuidador ou outras redes de apoio ao idoso (Sequeira, 2010). Como enfermeiro especialista, foi essencial considerar todas as dimensões da pessoa

idosa, pois reconhecer as mudanças biológicas, físicas, mentais, sociais e espirituais forneceu informação acerca das suas potencialidades e fragilidades para identificar as necessidades de ajuda (formal ou informal). A partir daqui elaborar um plano de intervenção que possibilite a recuperação ou manutenção das capacidades do idoso (Sequeira, 2010).

Esta atividade foi desenvolvida ao longo do estágio, integrando instrumentos de avaliação das várias dimensões (anexo 1). Para além da avaliação do risco de quedas com uso de escala de Braden e risco de úlceras de pressão com uso da escala de Morse, implementada a nível institucional, recorreu-se a outros instrumentos. Assim a competência funcional nas suas três vertentes, foi avaliada com base na dependência em relação às atividades básicas de vida diária (ABVD) (Índice de Barthel), dependência em relação às atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Índice de Lawton & Brody) e capacidade cognitiva (Mini-Mental State Examination). No entanto e de acordo com as características pessoais de cada idoso internado, foi igualmente avaliada a existência de quadro depressivo (Escala de Depressão Geriátrica) e de sobrecarga dos cuidadores (escala de Zarit - validada por Sequeira para a população portuguesa). Relativamente à avaliação deste último item após a análise da pontuação e nos casos de existência de sobrecarga do cuidador, foram discutidas alternativas em conjunto para reduzir a mesma e solicitado apoio ao Serviço Social para articulação com os recursos da comunidade. Procedeu-se também à avaliação do risco nutricional dos idosos que se encontravam a fazer AE com recurso ao MNA-SF®, para se definirem estratégias em parceria, para a prevenção da desnutrição, nomeadamente junto do familiar cuidador, perspetivando o regresso a casa e o apoio no domicílio.

### **Resultados/competências desenvolvidas**

A avaliação multidimensional da pessoa idosa e familiar cuidador implica considerá-los como um todo, onde as várias dimensões se unem e formam uma identidade ímpar. A partir desta avaliação identificaram-se as necessidades, que são a base para o trabalho em parceria. Foi importante conhecer os recursos, o contexto de vida e de saúde das pessoas idosas, tendo em conta nomeadamente: o que necessitavam, o que conseguiam fazer, os apoios que tinham. As questões relacionadas com a sua espiritualidade, os seus conhecimentos e o seu projeto de vida foram também fundamentais para permitir uma intervenção individualizada dirigida às suas necessidades específicas.

Nesta atividade foi necessária a mobilização de conhecimentos e competências ao nível da prestação de cuidados, gestão e da investigação. Para efetuar uma avaliação multidimensional da pessoa idosa hospitalizada e familiar cuidador, foi essencial demonstrar disponibilidade, respeitando o tempo do outro e promover a escuta ativa para identificar compreender todas as dimensões. Esta avaliação permitiu conhecer as potencialidades, défices e recursos disponíveis para definir cuidados e estratégias a adotar em parceria com o idoso e familiar cuidador, visando promover o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro.

Foram desenvolvidas competências na área da formação, com demonstração, discussão/reflexão com a equipa, nas passagens de turno, das situações das pessoas idosas acompanhadas, Esta estratégia ajudou a criar espaço de reflexão crítica, na resolução dos problemas no quotidiano, o que facilitou o processo de enfermagem e melhorou a tomada de decisão (Margato, 2010).

Esta atividade permitiu igualmente refletir acerca da abordagem até aqui efetuada na avaliação do idoso e familiar cuidador na nossa experiência de cuidados. O conhecimento obtido possibilitou definir estratégias em conjunto com o idoso internado e familiar cuidador para a promoção do cuidado Si. De acordo com Gomes (2011), os enfermeiros devem esforçar-se por conhecer o idoso (o que é a pessoa, quem é a pessoa), valores, cultura, contexto de interação social, mostrando respeito pelo mesmo e considerando-o como um ser de direitos.

### **3.4 - Estágio em Unidade de Cuidados na Comunidade**

O estágio teve lugar numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um ACES da grande Lisboa, de novembro 2013 a fevereiro 2014.

#### **3.4.1 - Caracterização do contexto de estágio**

A equipa da UCC é constituída por 10 enfermeiros, uma assistente operacional, psicóloga, assistente social e 3 médicos de clínica geral. Integram uma Equipa de Cuidados Continuados (ECC) e Cuidados Continuados Integrados (ECCI). O projeto centrou-se nas pessoas idosas, que no período referido, se encontravam a fazer AE no domicílio. Tinham média de idades de 75,6 anos, sendo 4 do género feminino e 3 género masculino. Os familiares cuidadores eram: filha (3), esposa (3), marido (1), também eles participaram no desenvolvimento do projeto.

### 3.4.2 - Atividades desenvolvidas e resultados obtidos - fase de diagnóstico

Quadro nº 2 – Objetivos e atividades para o estágio em contexto da Comunidade, na fase de diagnóstico

OBJETIVOS	ATIVIDADES
Caracterizar a problemática da avaliação do estado nutricional da pessoa idosa que se encontra a fazer alimentação entérica.	Revisão da literatura Apresentação do projeto de estágio, em ação de formação e em reuniões informais.
<ul style="list-style-type: none"><li>- Integrar a equipa da UCC, no acompanhamento da pessoa idosa que se encontra a fazer alimentação entérica no domicílio, e seu cuidador familiar;</li><li>- Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem da UCC, relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa, tendo por base as ações desenvolvidas nas fases do processo de parceria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Observação das práticas;</li><li>- Análise dos registos de enfermagem, de forma a identificar o que se regista acerca da pessoa idosa, da avaliação do estado nutricional e prestação de cuidados em parceria.</li></ul>

#### Atividade – Revisão da literatura

Esta atividade surgiu como forma de aprofundar conhecimentos para contextualizar a problemática em estudo. Decorreu ao longo do estágio, no sentido de conseguir a melhor informação disponível na evidência, para guiar e sustentar a intervenção especializada nesta temática. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, para compreender o tipo de intervenções utilizadas noutros contextos que permitissem alcançar os objetivos pretendidos. Para o efeito elaborou-se a questão norteadora, em formato PI(C)O: *quais as intervenções de enfermagem (I), que em parceria com o idoso com AE e familiares, no domicílio (P), são promotoras do cuidado de si na prevenção da desnutrição (O)?*

Foram consultados artigos científicos nas bases de dados: *Cinahl, Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews e Mediclatina*. As palavras-chave utilizadas foram: *older, elderly, aged, frail elderly, nursing interventions, nurse partnership, nursing, desnutrition, undernutrition, malnutrition, enteric feeding, tube feeding, enteric nutrition, home tube feeding*. Desta pesquisa foram analisados 5 artigos (Apêndice 2).

#### Resultados/competências desenvolvidas

A revisão da literatura permitiu a edificação do enquadramento teórico, fundamental para a estruturação de intervenções junto do idoso com AE e seu familiar cuidador, no domicílio. Promoveu o desenvolvimento de competências ao nível da investigação, da prestação de cuidados, da formação e da responsabilidade profissional ética e legal como enfermeiro especialista na área dos cuidados específicos ao idoso. Permitiu ainda desenvolver competências pessoais e na equipa. Constituiu uma etapa essencial para a clarificação da problemática, procurando respostas na melhor evidência, por forma a encontrar as intervenções de enfermagem mais eficazes para a prevenção da desnutrição do idoso com AE, no



domicílio, em parceria com o mesmo e familiar cuidador. Obtiveram-se 2 aspetos chave de intervenção:

-intervenções educativas junto do idoso e familiar cuidador, para o desenvolvimento de capacidades;

-vigilância e avaliação periódica do risco nutricional (com base no MNA-SF®), para prevenção de complicações.

**Atividade - Análise dos registos de enfermagem, de forma a identificar o que se registava acerca da pessoa idosa, da avaliação do EN e cuidados em Parceria.**

Para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem da UCC foi importante caracterizá-la relativamente à avaliação do EN do idoso e à prestação de cuidados em parceria. Os registos de enfermagem permitiram fazer essa avaliação. Para ter acesso aos mesmos consultaram-se os processos clínicos, das pessoas idosas em ECCI, com AE. Deste modo, foram analisados 7 processos no período entre 21 e 31 de outubro 2013. Tratou-se de uma análise documental de fontes escritas, e constituiu um recurso de informação qualitativa que permitiu encontrar informações relevantes que complementassem os dados obtidos por outros métodos (Quivy e Campenhoudt, 2008). Previamente foi criada uma grelha de análise sustentada pelo Modelo de Parceria (Gomes, 2009) e naquilo que a evidência científica preconiza como sendo importante conhecer acerca do EN do idoso com AE. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009) para analisar os dados obtidos. No quadro seguinte apresentam-se as áreas temáticas e categorias criadas, podendo ser consultada a totalidade da grelha de análise no Apêndice IV.

Quadro nº 3 - Itens para análise dos registos de enfermagem

Área temática	Categoria
Revelar-se	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identidade da pessoa idosa com AE</li><li>- Contexto de vida (situação socio-familiar)</li><li>- Contexto da doença</li><li>- Problemas decorrentes do envelhecimento</li><li>- Grau de (In)dependência da pessoa idosa para a AE</li><li>- Conhece os hábitos alimentares da pessoa idosa</li></ul>
Envolver-se	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conhecimento da pessoa idosa/cuidador acerca da AE e estado nutricional</li></ul>
Possibilitar/Capacitar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Partilha o poder/ construção de uma ação conjunta</li></ul>
Comprometer-se	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns</li></ul>
Assumir o controlo de Si/Assegurar o cuidado do Outro	<ul style="list-style-type: none"><li>- Assumir ou assegurar o cuidado de Si</li></ul>

### **Resultados/competências desenvolvidas**

Da análise dos registos de enfermagem pôde perceber-se que contemplavam alguma informação fundamental para intervir em parceria, nomeadamente nos

aspectos de conhecer a pessoa. Deveu-se ao fato destes idosos estarem em ECCEI e terem sido referenciados a partir da RNCCI que pressupõem uma avaliação multidimensional. Todos os processos estavam bem identificados, constando sempre o familiar cuidador e todos os contactos. Os registos em papel eram os menos atualizados, uma vez que diariamente é em suporte informático que são registadas as visitas domiciliárias. Todos tinham as avaliações iniciais da RNCCI e as reavaliações periódicas. Contudo aspetos como o conhecimento dos hábitos alimentares da pessoa idosa, o grau de autonomia para se alimentar, a rede de apoio, os problemas decorrentes do envelhecimento, o seu contexto de vida e de doença encontravam-se registados de forma muito incompleta.

Após a análise dos dados constatou-se a necessidade da elaboração de um novo instrumento de registos (Apêndice 5), que promovesse uma continuidade de cuidados, que pudesse colmatar os aspetos anteriores da fase de revelar-se, fundamental para o processo de Parceria, e por outro lado, que permitisse registar as intervenções efetuadas pelos enfermeiros, os objetivos/compromissos estabelecidos e introduzir o instrumento de avaliação do risco nutricional MNA-SF®.

### **Atividade – observação das práticas**

De modo a contextualizar globalmente, os cuidados no domicílio, procedeu-se à observação das práticas acompanhando os enfermeiros da equipa durante as suas visitas domiciliárias, com especial interesse por aquelas que diziam respeito aos idosos com AE. Observou-se como é que os enfermeiros intervinham identificando aspetos do Modelo de Parceria de Gomes (2009) na sua intervenção, nomeadamente para avaliar o EN do idoso com AE. Para tal elaboraram-se notas de campo, que consistem no relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha de informação, acerca das práticas da equipa de enfermagem (Bogdan, Biklen, 2010). Decorreu no período de 04 a 15 de novembro 2013, em que se acompanharam todos os enfermeiros da equipa em visita domiciliária ao idoso com AE e familiar cuidador. Foi requerida autorização prévia de todos os elementos da equipa de enfermagem para a observação das práticas, que deram consentimento informado. Selecionaram-se 3 visitas domiciliárias, à medida que forma acontecendo, para redigir as notas de campo (Apêndice 3) e posteriormente proceder à sua análise através da técnica de análise de conteúdo, tendo em conta categorias definidas *à priori*. Estes registos de observação tiveram como intenção, perceber o desempenho dos enfermeiros nas

várias fases do Modelo de Parceria de Gomes (2009), de acordo com áreas temáticas e categorias previamente definidas. O quadro seguinte ilustra as categorias de análise das notas de campo:

Quadro nº 4 --- Categorias de análise das notas de campo

Área temática segundo Fases do Modelo de Parceria	Categoria
<b>Revelar-se</b>	✓ Adquire conhecimento acerca da pessoa idosa
<b>Envolver-se</b>	✓ Promove um ambiente seguro ✓ Demonstra atitude centrada na pessoa ✓ Partilha informação
<b>Capacitar e possibilitar</b>	✓ Promove ação conjunta com o idoso ou seu cuidador ✓ Previne complicações
<b>Comprometer-se</b>	✓ Promove a autonomia
<b>Assumir ou assegurar o cuidado de si ou o cuidado do outro</b>	✓ Partilha de poder ✓ Permitir o continuar o seu projeto de vida

Na fase de **Revelar-se** observou-se que os enfermeiros não utilizavam um instrumento específico para avaliação do EN das pessoas idosas com AE. Procuravam adquirir conhecimento acerca da pessoa idosa, no seu contexto de vida, junto do próprio ou do familiar cuidador. Estabeleciam uma relação de proximidade através da disponibilidade e afetividade que demonstravam, criando um ambiente propício a partilha de informação e estabelecimento de uma relação de confiança. Assim, permitiu conhecer o potencial de desenvolvimento do idoso e os seus recursos, fundamental para delinear estratégias em conjunto que fossem ao encontro do seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2009).

Na fase **Envolver-se** constatou-se que os enfermeiros demonstravam sensibilidade para com as questões da promoção de um ambiente seguro, presente nas intervenções de enfermagem, através de reforço de informação e das questões colocadas para validar aspetos da segurança, nomeadamente na administração e confeção da AE. No que diz respeito à categoria **partilha de informação**, observou-se que os enfermeiros partilharam constantemente informação com o idoso/cuidador, explicando sempre que possível os procedimentos, integrando-os nos cuidados, criando espaço e tempo de partilha. Também nesta fase do modelo de parceria demonstraram uma **atitude centrada no idoso/cuidador**, pois os enfermeiros procuraram no tempo que estavam junto dele, ir ao encontro das suas necessidades (Gomes, 2007).

Na fase **capacitar/possibilitar** verificou-se que os enfermeiros promoveram uma **ação conjunta com o idoso/cuidador**, porque *faziam com o cuidador*, em vez de *fazerem por*, demonstrando e dando espaço para ele praticar e expressar dúvidas em situação real. Também se constatou que se preocupavam com a **prevenção de**

**complicações** através de reforço das intervenções educativas, observação dos procedimentos com correção dos mesmos, usando o reforço positivo. Possibilitavam aos cuidadores assumirem a tarefa de gerir a AE do idoso, como se fosse o próprio a fazê-lo caso tivesse essa capacidade (possibilitar). Contudo os enfermeiros precisavam conhecer melhor os gostos pessoais e hábitos de vida das pessoas, para poderem melhorar os cuidados prestados.

Desta maneira, na fase **Comprometer-se**, verificou-se que promoveram a autonomia em busca de um objetivo comum, a promoção do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro. Estabeleceram alguns compromissos que se prendiam com o horário das refeições, e com a quantidade de cada uma.

Na última fase **Assumir ou Assegurar o controlo do cuidado de Si ou cuidado do Outro** verificaram-se duas dimensões. A primeira consistia na **partilha de poder** atribuindo poder ao cuidador, colocando-lhe questões para ele decidir. A segunda dimensão, **permitir continuar com o seu projeto de vida**, constatou-se que o enfermeiro demonstrava uma atitude de valorização de todo o trabalho feito em casa, para gestão da AE, o que conferiu ânimo ao idoso e familiar cuidador.

Percebeu-se que durante as práticas observadas nas visitas domiciliárias, os enfermeiros revelavam preocupação para com o idoso e seu familiar cuidador, procuravam torná-los parceiros de cuidados, munido-os de conhecimentos para poderem tomar decisões e intervirem de forma eficaz. Definiram objetivos comuns para que conseguissem assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro.

Notou-se que a intervenção dos enfermeiros em visita domiciliária aos idosos com AE, revelava algumas características de trabalho de parceria. Mas pareceu útil a consciencialização das fases do modelo, para que a sua prática fosse baseada numa conceptualização do cuidado, tendo consciência da mesma. Esta consciencialização foi efetuada muito com base na reflexão da equipa para promover a adesão da mesma ao próprio projeto.

### 3.4.3 - Atividades desenvolvidas resultados obtidos fase desenvolvimento

Quadro nº 5 - Objetivos e atividades para o estágio em contexto da Comunidade, na fase de desenvolvimento

OBJETIVOS	ATIVIDADES
Realizar a avaliação do estado nutricional, em parceria com a pessoa idosa a fazer alimentação entérica no domicílio e seu cuidador familiar, para assegurar o cuidado de Si.	Avaliação multidimensional da pessoa idosa com alimentação entérica (Mini Mental State Examination, Índice de Barthel) e do seu estado nutricional mediante a aplicação do MNA-SF®. Desenvolvimento de estratégias com a pessoa idosa e seu cuidador familiar, tendo em conta o dispositivo de alimentação entérica, para promoção do cuidado de Si.
Definir estratégias em parceria com a pessoa idosa com AE no domicílio e seu cuidador familiar, para uma adequada prestação de cuidados tendo em conta o dispositivo de alimentação entérica, assegurando o cuidado de si.	Elaboração de estudos de caso; Elaboração de folheto informativo e esclarecimento sobre: cuidados com dispositivo de alimentação entérica, adequação da confeção da alimentação, administração de alimentos e líquidos pelo dispositivo, vigilâncias e despiste de complicações.
Determinar com a equipa de enfermagem intervenções em parceria com a pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio e cuidador familiar, que proporcionem a melhoria do estado nutricional	Realização de uma reunião com a equipa de enfermagem, onde se apresente o processo de parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar para assegurar o cuidado de si, e posteriormente se reflete sobre o mesmo;

#### **Atividade – Apresentação do projeto à Equipa da UCC**

Considerou-se essencial a realização de uma reunião, onde se apresentasse o projeto (apêndice 1) que se realizou no dia 25 novembro 2013, pelas 14h, na sala de Reuniões da UCC. Foi fundamental para, a partir da apresentação da análise dos registos de enfermagem, introduzir o Modelo de Parceria de Gomes (2009), e mostrar os aspetos referentes a este modelo que já estavam presentes nos cuidados da equipa, nomeadamente no que diz respeito ao conhecer a pessoa, envolve-la nos cuidados, tendo em conta as suas necessidades e expetativas. Por outro lado também foi importante para a contextualização acerca do envelhecimento e das necessidades específicas das pessoas idosas. Foram também divulgados os resultados da observação das práticas, tendo-se refletido em equipa sobre os mesmos. Concluindo-se que o Modelo de intervenção em parceria enquadrava-se na dinâmica da UCC, e que fazia sentido reorganizar os registos de enfermagem das pessoas idosas com AE (folha específica a criar, MNA®, folhetos informativos a criar), definindo estratégias de intervenção em parceria com idoso e familiar cuidador.

#### **Resultados/competências desenvolvidas**

Esta reunião revelou-se fundamental para a compreensão do Modelo de parceria, mostrando à equipa o que se podia melhorar. Desta maneira a equipa ficou desperta para a problemática da desnutrição das pessoas idosas no domicílio e para a importância da sua intervenção junto dos mesmos e familiares. Ficou estabelecido o compromisso da equipa de enfermagem, na intervenção em parceria, na prática de cuidados.

Nesta reunião concluiu-se a pertinência de estruturar uma folha de registos de enfermagem (Apêndice V) para o caso específico das pessoas com AE, com base na intervenção em parceria e que contemplasse o MNA®. Pretendeu-se englobar uma avaliação do contexto de vida do idoso, do seu conhecimento acerca da doença, gestão do seu regime alimentar, a avaliação nutricional, a gestão da terapêutica e os apoios que possuía no domicílio. Esta informação tornou-se percursora do delineamento de estratégias em parceria com o idoso/cuidador para a promoção do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro.

A motivação e colaboração de toda a equipa, para a avaliação do EN do idoso e para a elaboração do novo instrumento de registos de enfermagem, foi compensadora. Este foi considerado uma mais-valia facilitando o conhecimento de todas as dimensões do idoso com AE, promovendo a continuidade de cuidados.

Esta atividade permitiu desenvolver competências a vários níveis. Ao nível da formação porque constituiu um momento planeado de fornecimento de informação acerca do Modelo de Parceria à equipa de enfermagem, promovendo a reflexão; Ao nível da investigação pela procura da melhor evidência existente na literatura; Ao nível da gestão enquanto líder e gestor da implementação do Modelo de Parceria na equipa e de reorganização dos registos de enfermagem; e ao nível da prestação de cuidados, uma vez que com a aplicação do modelo de parceria permitiu, através do envolvimento com o idoso, obter o conhecimento do seu potencial de desenvolvimento, e deste modo, definir quais as estratégias para colmatar as necessidades e para que o mesmo possa assumir o cuidado de Si, prosseguindo com o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2009).

**Atividade - Avaliação multidimensional da pessoa idosa, a fazer AE, no domicílio.**

Efetuiu-se a avaliação mais completa com recurso aos seguintes instrumentos: escala de Braden para avaliação do risco de quedas, escala de Morse para avaliação do risco de úlceras de pressão; A avaliação da competência funcional foi feita com base na avaliação da dependência em relação às atividades básicas de vida diária (ABVD) (Índice de Barthel), avaliação da dependência em relação às atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Índice de Lawton & Brody) e avaliação da capacidade cognitiva (Mini-Mental State Examination); Foi igualmente avaliada a existência de quadro depressivo (Escala de Depressão Geriátrica) e de sobrecarga dos cuidadores (escala de Zarit, validada por Sequeira para a população

portuguesa) (Anexo 2).

Sendo o âmago do projeto, trabalhar em parceria com a pessoa idosa com AE e familiar cuidador, para a prevenção da desnutrição visando a promoção do Cuidado de Si, procedeu-se à avaliação do EN dos idosos que se encontravam a fazer AE, com recurso ao MNA-SF® (anexo 1). Deste modo, a avaliação inicial do EN do idoso com AE, decorreu entre 31 de outubro e 22 de novembro 2013. Dos 7 idosos com AE que foram avaliados nutricionalmente, constatou-se que 14% estavam desnutridos, 86% sob risco de desnutrição e não havia idosos com EN normal.

A partir desta perceção quanto ao EN dos idosos com AE, a par do conhecimento acerca do potencial de desenvolvimento e das várias dimensões que compõem o seu universo, foi possível desenvolver estratégias em conjunto com o mesmo e familiar cuidador, para a melhoria do seu EN, promovendo assim o cuidado de Si, ou o assumir o cuidado do outro.

### **Resultados/competências desenvolvidas**

A avaliação multidimensional da pessoa idosa pressupôs a mobilização de conhecimentos e competências ao nível da prestação de cuidados, gestão e da investigação. Foi essencial adotar uma postura de disponibilidade, e respeito dos seus tempos, promovendo a escuta ativa. O contexto do domicílio é um contexto privilegiado pois muito diz acerca da história de vida daquela pessoa, dos laços familiares e afetivos, dos seus gostos e hábitos de vida. Claramente se percebe o relacionamento afetivo entre o cuidador e a pessoa idosa e se observa que recursos existem e que estão disponíveis para AE. Assim, *in loco*, observava-se como as refeições eram preparadas, administradas, ou como eram realizados os cuidados de higiene. Esta avaliação permitiu a definição dos cuidados e estratégias/metastas e compromissos a adotar em parceria com o idoso/cuidador.

Como forma de reflexão sistematizada considerou-se pertinente a elaboração de estudos de caso, o que permitiu também um aperfeiçoamento da pesquisa da melhor evidência científica (investigação) e melhoria na prática de cuidados (aplicação do modelo de parceria). Para além destas, foram desenvolvidas igualmente, competências na área da formação, com a apresentação do estudo de caso à equipa de enfermagem para perceberem na prática as fases da parceria. Para além do estudo de caso aqui reportado (Apêndice 6), todos os idosos com AE que foram acompanhados, foram alvo de um estudo aprofundado, trabalhando em parceria com os mesmos, para prosseguirem com o seu projeto de vida e saúde.

**Atividade - Desenvolvimento de estratégias em parceria com o idoso/cuidador familiar, para prevenção da desnutrição, promovendo o cuidado de Si,**

O desenvolvimento de estratégias em parceria com o idoso e seu cuidador familiar, para além de ter em consideração o modelo de intervenção em Parceria de Gomes (2009) em toda a sua globalidade, teve em consideração também, os contributos advindos da evidência científica, em relação às medidas de prevenção da desnutrição dos idosos com AE.

Foi na fase de **Capacitar/Possibilitar** que se desenvolveu uma ação conjunta com idoso e familiar cuidador para melhorar o EN de acordo com a informação recolhida nas fases anteriores e a relação de confiança anteriormente estabelecida. Definiram-se objetivos atendendo às prioridades da pessoa idosa que teve papel proactivo, assumindo o cuidado de Si (capacitar); mas quando a pessoa idosa não pôde assumir o seu cuidado, o enfermeiro assumiu essa responsabilidade capacitando a família como cuidador (possibilitar).

Neste âmbito, a intervenção junto do idoso/cuidador foi sustentada em intervenções educativas, baseadas nas grandes dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares, que estavam de acordo com o que refere a literatura. Estas prendiam-se com a falta de conhecimentos que resultava em ansiedade e falta de segurança, observável na forma de administração das refeições; com as dificuldades com o estabelecimento de horários adequados, com a preparação de refeições diversificadas, nutritivas, tendo em conta os custos; dificuldades nos cuidados de higiene da pele junto ao estoma ou do nariz e a necessidade de se sentirem acompanhados, para terem segurança e sentirem que estavam a fazer bem.

Durante as visitas domiciliárias implementaram-se intervenções educativas com demonstração e treino, que abordavam, especificamente, cuidados inerentes à AE, cuidados com o dispositivo, com a pele, com a preparação e conservação dos alimentos, quantidades e qualidade das refeições, e a importância da nutrição para o conforto e manutenção da vida. Elaboraram-se planos alimentares individualizados, tendo em conta o contexto de vida, situação económica, gostos e hábitos alimentares e a própria partilha de experiências do familiar cuidador no seu dia-a-dia; fizeram-se adaptações constantes, como adição de algumas refeições, o aumento da ingestão hídrica, a introdução de alguns alimentos.

Na fase **Comprometer-se** foram estabelecidos os compromissos em conjunto com o idoso e seu cuidador. A preparação prévia de cada visita domiciliária constituiu



oportunidade de discutir projetos de cuidados, definindo estratégias transversais a toda a equipa, com o envolvimento de todos os enfermeiros, despertados para a importância da avaliação nutricional (aplicação do MNA-SF®) da pessoa idosa com AE e para a prevenção da desnutrição. Estabeleceram-se compromissos, tais como: aumentar o número de refeições, acrescentar uma refeição depois de jantar, aumentar a quantidade de água entre as refeições, tendo uma garrafa de água de 1,5l acessível, para controlar a quantidade de água diária; vigiar diariamente o local do estoma, e fazer a rotação diária da PEG; administrar a alimentação lentamente e de preferência sentada; registar as receitas de preparação das refeições, assim como tudo o que foi administrado ao longo de um dia.

Verificou-se que na reavaliação do EN, os idosos, e cuidadores familiares possuíam capacidade de gerir a informação que lhes tinha sido fornecida, e decidir sobre o que consideravam melhor para si, gerindo os cuidados de uma forma natural e incorporada no seu dia-a-dia. Desta forma procurou atingir-se a quinta fase do modelo de parceria de Gomes, com o **Assumir o cuidado de Si** pelos idosos com AE ou **Assegurando o cuidado do Outro**, por parte dos cuidadores familiares.

### **Resultados/competências desenvolvidas**

Para desenvolver esta atividade foi necessário adquirir competências como enfermeiro especialista na área da pessoa idosa, ao nível da investigação: na procura da melhor evidência científica da literatura acerca do modelo de parceria e de medidas que previnam a desnutrição do idoso com AE; na prática de cuidados: onde foram prestados cuidados diretos ao idoso trabalhando em parceria com o mesmo e seu cuidador, com o intuito de que o mesmo assumisse o cuidado de Si ou que os cuidadores assegurassem o cuidado do Outro; na formação: com a realização de formação em contexto de trabalho; ao nível da motivação como líder da sua implementação deste projeto na prática de cuidados recorrendo ao marketing relacional para envolver a equipa de enfermagem.

O plano alimentar em esquema fornecido em papel (apêndice 7) e panfleto elaborado (apêndice 8) revelaram-se um importante meio de reforçar a informação, de forma objetiva, permitindo a permanência da informação trocada, logo o esclarecimento de dúvidas que possam surgir com o tempo e na prática quotidiana (Carapinha, 2014). O idoso e familiar cuidador puderam comunicar com a ECCI através dos contactos telefónicos fornecidos no panfleto, no caso de apresentarem dúvidas, possibilitando o assumir do cuidado de Si ou o cuidado do Outro.

### 3.4.4 Atividades desenvolvidas resultados obtidos - fase Avaliação

Quadro nº 6 – Objetivos e actividades para o estágio em contexto da Comunidade, na fase de avaliação

OBJETIVOS	ATIVIDADES
Identificar alterações e contributos na prática diária da equipa de enfermagem, no cuidado da pessoa idosa, com alimentação entérica no domicílio.	Avaliação final dos registos de enfermagem.
Realizar a reavaliação do estado nutricional da pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio, em parceria com o mesmo e cuidador familiar	Reavaliação do estado nutricional da pessoa idosa no domicílio
Identificar os contributos do modelo de parceria para a pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio e seu cuidador familiar, na promoção do cuidado de Si.	Elaboração de entrevista à pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar.

#### **Atividade - Avaliação final dos registos de enfermagem**

Com o intuito de identificar alterações e contributos na prática diária da equipa de enfermagem, no cuidado da pessoa idosa, com AE no domicílio, procedeu-se à reavaliação dos registos de enfermagem. Comparou-se e percebeu-se que mudanças aconteceram ao longo da implementação do projeto. Assim, foi feita uma avaliação final dos registos de enfermagem, com base na grelha de análise (Apêndice 5) utilizada na fase de diagnóstico do projeto, elaborada segundo as fases do modelo parceria de Gomes (2009). Esta atividade decorreu entre 20 janeiro e 08 fevereiro 2014. Procedeu-se novamente à avaliação dos processos dos 7 idosos com AE, de modo a efetuar comparação com os resultados obtidos na primeira avaliação dos registos de enfermagem. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

#### **Resultados/competências desenvolvidas**

Os resultados obtidos da análise dos registos de enfermagem na fase de avaliação do projeto, revelaram progressos ao nível do registo de informação sobre o idoso, nomeadamente em relação: a todas as suas dimensões, aos seus conhecimentos e capacidades e às estratégias desenvolvidas em conjunto/compromissos.

Revelou uma consolidação do modelo de parceria na prática de cuidados dos enfermeiros da UCC, que ficaram mais despertos para a problemática da desnutrição da pessoa idosa.

Em suma, constatou-se uma interiorização do modelo de parceria na prática de cuidados da equipa de enfermagem da UCC, o que se refletiu num melhor conhecimento do idoso em todas as suas dimensões. Desta maneira conseguiu-se uma prestação de cuidados individualizada, em que o idoso teve poder para optar pelos cuidados que lhe foram prestados de uma forma consciente e informada,

escolhendo os que mais se adequavam à sua perspetiva e projeto de vida. Também a partir das partilhas do dia-a-dia entre os enfermeiros da equipa, se constatou que o Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013) foi entendido pelos mesmos e adotado na sua prática de cuidados, como uma intervenção para a promoção do Cuidado de Si ou Cuidado do Outro.

### **Atividade - Reavaliação do EN da pessoa idosa no domicílio, em parceria com familiar cuidador**

Após a implementação das estratégias definidas em conjunto com o idoso e familiar cuidador, com vista à melhoria do seu EN, foi efetuada a reavaliação do mesmo. Tal como preconizado pelo próprio MNA-SF®, esta foi feita após 3 meses da primeira de modo a compreender a evolução do seu EN. Assim, reavaliaram-se todos os idosos com AE.

### **Resultados/competências desenvolvidas**

Constatou-se que, depois de 3 meses de intervenção em parceria, a totalidade dos idosos melhorou a sua pontuação ao nível do MNA-SF®. Destes, 29% apresentaram EN normal e 71% continuaram sob risco de desnutrição (apêndice 9). A percentagem de idosos desnutridos passou a ser nula. Foi determinante o grande envolvimento do familiar cuidador, que cuida “mobilizando afetos, memórias, toque pessoal, proximidade e poupando recursos económicos” (Duarte, 2010, p168).

O Modelo de Parceria adotado com as pessoas idosas e familiares cuidadores, permitiu promover a partilha do poder na relação de cuidados estabelecida, desenvolver a autonomia da pessoa idosa/cuidador e ajudar a utilizar o poder de existir e a promover o conforto e bem-estar; facilitou a integração da pessoa idosa doente/cuidador no contexto de inter-relação social; promoveu um cuidado mais centrado na singularidade da pessoa e deu a esta o controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, assegurando que pudesse progredir na sua trajetória de vida (Gomes, 2009).

Foram realizados ensinios individualizados a cada situação e de acordo com as suas realidades, recorrendo ao folheto elaborado, ao plano alimentar individualizado e à folha de registos elaborada para o efeito, de forma a intervir para melhorar todos os outros componentes de avaliação, e conseguir o máximo de pontuação possível.

Proporcionou desenvolver competências nas áreas de gestão, formação e prestação de cuidados de forma a capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção da desnutrição da pessoa idosa, trabalhando em parceria com o familiar cuidador; e a

capacitar a família a assegurar o cuidado do Outro, prevenindo desnutrição e as complicações decorrentes.

Assim a conjugação do sucesso das estratégias definidas em conjunto, a educação para a saúde efetuada e o trabalho em parceria realizado, refletiram-se numa melhoria da pontuação do MNA-SF®, possibilitando ao idoso assumir o cuidado de Si ou assegurando o seu cuidado pelo Outro.

### **Atividade – Sessão de formação: Partilha dos resultados**

Pelo interesse da equipa em conhecer quais os resultados da intervenção em parceria junto dos idosos com AE e familiares cuidadores, fez-se uma apresentação dos mesmos.

### **Resultados/competências desenvolvidas**

Esta reunião consistiu essencialmente num momento de partilha. Revelou-se fundamental para demonstrar resultados da intervenção em Parceria e apresentar *folha de registos de enfermagem* que contempla MNA-SF®, bem como a check-list de ensinios estruturada. Este foi considerado uma mais-valia facilitando o conhecimento de todas as dimensões do idoso com AE, por parte da equipa de enfermagem, promovendo a continuidade de cuidados.

Esta atividade permitiu desenvolver competências a vários níveis. Ao nível da formação porque constitui um momento planeado de fornecimento de informação acerca do Modelo de Parceria à equipa de enfermagem, promovendo a reflexão; Ao nível da investigação pela procura da melhor evidência existente na literatura; Ao nível da gestão enquanto líder e gestor da implementação do Modelo de Parceria na equipa e de reorganização dos registos de enfermagem; e ao nível da prestação de cuidados, uma vez que com a aplicação do modelo de parceria através do envolvimento com o idoso, foi possível obter o conhecimento do seu potencial de desenvolvimento, e deste modo, definir quais as estratégias para colmatar as necessidades para que o mesmo possa assumir o cuidado de Si, prosseguindo com o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2009).

### **Atividade - Elaboração de entrevista ao idoso e/ou seu cuidador**

Foi fundamental compreender o contributo deste projeto junto do idoso com AE e familiar cuidador. Assim, foram efetuadas entrevistas semiestruturadas a dois familiares cuidadores de idosos com AE, totalmente dependentes. Pretendeu-se compreender a sua perspetiva acerca da pertinência do projeto, “ (...) colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos

comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes” (Fortin, 2000, p.245). A entrevista teve uma duração média de 30 minutos, sendo realizada apenas na presença do enfermeiro, idoso e cuidador, após a obtenção do consentimento informado. Foi criado o guião da entrevista e questões orientadoras da mesma (Apêndice 10). Foi transcrita com a maior brevidade para garantir a sua autenticidade e fidedignidade. As áreas temáticas e as categorias estavam previamente delineadas baseadas na 5ª fase do modelo de parceria. Contudo houve necessidade de considerar categorias que surgiram com a análise, possibilitando deste modo, a percepção do assumir do cuidado do outro, por parte dos cuidadores. Para o tratamento dos dados recolhidos foi utilizada a análise de conteúdo de acordo com as linhas orientadoras de Bardin (2009).

Quadro nº 7 – Áreas temáticas e categorias definidas através da 5ª fase do Modelo de Parceria

Área Temática	Categoria
CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS COM ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA	Demonstra conhecimento acerca do processo de saúde Demonstra conhecimento acerca da administração e preparação da AE Demonstra conhecimento sobre riscos e complicações
ASSUMIR O CUIDADO DO OUTRO	Participa nos cuidados/tomada de decisão Assegura a continuidade do projecto de vida da pessoa idosa com AE
A INTERVENÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM FACE ÀS EXPECTATIVAS	Adequação dos recursos: plano alimentar individualizado e panfleto Disponibilidade da equipa (Enfº como um recurso) Os cuidadores sentem-se cuidados
IMPORTÂNCIA DO PROJETO	Capacitar para promover o melhor estado nutricional da pessoa idosa com AE, cuidada no domicílio

### **Resultados/competências desenvolvidas**

No conhecimento sobre cuidados com alimentação entérica identificaram-se 3 categorias: *demonstra conhecimento acerca do processo de saúde*; *demonstra conhecimento acerca da administração e preparação da AE* e *demonstra conhecimento sobre riscos e complicações*. Assim, constatou-se que os cuidadores **demonstraram conhecimentos acerca do processo de saúde** (4ur) como se pode verificar na seguinte afirmação “a minha mãe deixou de poder engolir, derivado da doença de Alzheimer”; **demonstraram conhecimento acerca da preparação e administração da AE** (16ur), como se constata “fazer a comida toda passada” (...) “com os medicamentos que devia esmagá-los e dar com um bocadinho de água”.(...). E **demonstram conhecimentos sobre riscos e complicações da AE** (12ur):...”ter cuidado para que ela não a puxasse para não sair (à sonda)”... “mudar o adesivo para aliviar a pele do nariz” ... “ não tem feridas”.

Os conhecimentos demonstrados pelos cuidadores realçam o contributo positivo das intervenções educativas desenvolvidas ao longo do projeto, no acompanhamento dos idosos e familiares cuidadores, incentivando a que estes participem “ativamente

nos processos de tomada de decisão (...)” (Gomes, 2007, p. 90).

Respeitante à área temática, Promover o assumir do Cuidado do Outro identificou-se a categoria, **participação nos cuidados/tomada de decisão** (4ur), como se exemplifica “Olhe eu conheço muito bem a minha mãe e ela sempre viveu comigo, por isso sei os seus gostos e também sei quais eram as suas vontades e o que é melhor para ela”(…) “peguei na seringa para experimentar, para eu própria sentir, tem que se fazer alguma força!“, e a categoria **Assegurar a continuidade do projeto de vida da pessoa idosa com AE** (4ur) “é importante para mim saber que estou a ir de acordo com a vontade de minha mãe” (...) ”sinto que faço como ela gostaria e que ela se sente bem e eu também fico bem”.

Outra área temática foi a intervenção da equipa de enfermagem face às expectativas, onde se identificaram as categorias **adequação dos recursos: plano alimentar individualizado e panfleto**, constatando-se que foram um recurso útil para a capacitação do cuidador e continuidade de cuidados, como se lê “As enfermeiras fizeram um esquema das refeições a partir dos papéis que vinham lá da nutricionista mas com as coisas que a minha mãe mais gostava de comer” (...) “Também me deram um panfleto com os cuidados, que até tenho colado no frigorífico com o outro esquema”. Outra categoria que surgiu foi **Disponibilidade da equipa (o Enfermeiro como um recurso)** “É só pegar no telefone” (...)” já me tinham explicado mais ou menos e vieram cá logo no dia que a minha mãe saiu do hospital. Fiquei mais calma...”; Ainda dentro desta área temática surgiu a categoria **Os cuidadores sentem-se cuidados** como resultado da intervenção de enfermagem em parceria, denotando-se isso quando os cuidadores dizem: “As enfermeiras preocupam-se muito com a minha mãe, mas eu sei que também se preocupam comigo”, “Apoiam-me muito”. Segundo Gomes (2007, p.110) a parceria tem que ser entendida como “um processo social, global, multidimensional e multicultural, que permita aos indivíduos ser pessoa”.

Como última área temática surge Importância do projeto para perceber o impacto e o valor dado ao mesmo a partir da opinião das pessoas. Como categoria surgiu **Capacitar para promover o melhor estado nutricional da pessoa idosa com AE, cuidada no domicílio**. As seguintes expressões espelham a importância que teve para os cuidadores o acompanhamento proporcionado com este projeto...”foi muito útil”. “Ajuda muito, muito”. “Devem manter este projeto para ajudar mais pessoas que passem por estas dificuldades”. “A qualidade de vida é outra”... “não é só um dia, é

todo um acompanhamento dia após dia”.

Este projeto de prevenção da desnutrição do idoso com AE, no domicílio foi desenvolvido para promover o cuidado de si ou assegurar o cuidado do Outro.

Em suma, da análise das entrevistas, pôde constatar-se que os idosos/cuidadores se sentiram incluídos no processo de cuidados, demonstrando conhecimentos acerca do mesmo, sobre a preparação e administração da AE, bem como dos riscos e complicações. Sentiram-se incluídos nos cuidados e tomadas de decisão e asseguraram a continuidade do projeto de vida da pessoa idosa com AE, de quem cuidam. Consideraram que a intervenção de enfermagem, face às expetativas, os ajudou a integrar esta mudança no seu quotidiano, construindo um plano alimentar individualizado e fornecendo-lhe o panfleto sobre AE como um recurso. Por outro lado, consideraram o enfermeiro também ele um recurso atribuindo grande importância à disponibilidade que este demonstrou. Os cuidadores também se sentiram cuidados e acompanhados com a implementação deste projeto para promover o melhor EN da pessoa idosa com AE, cuidada no domicílio, assegurando o cuidado do Outro, possibilitando prosseguir com o seu projeto de vida e saúde.

### **3.5. Considerações éticas**

Para a concretização deste estágio foi vital garantir que as estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa e as decisões guiadas pelo Código Deontológico. A prática de cuidados esteve assente nos direitos humanos, na responsabilidade profissional, no respeito pelo direito dos idosos e familiares cuidadores no acesso à informação, no respeito à privacidade, à escolha e autodeterminação, e no respeito pelos valores, costumes ou crenças, mantendo um processo efetivo de cuidado (OE, 2010).

Assim, foi feita apresentação do projeto à equipa da UCC. Foi pedido o consentimento informado e esclarecido, garantido o anonimato e confidencialidade das informações obtidas junto dos participantes. Ao longo do estágio assumiu-se uma conduta assente nos 5 princípios fundamentais apropriados ao ser humano: direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e leal (Fortin, 1999)

#### 4. REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO

Este projeto permitiu desenvolver competências como enfermeiro especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica, vertente de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, em vários domínios. Ao nível da **prestação e gestão de cuidados**, por proporcionar contactos privilegiados com pessoas idosas em diferentes contextos e com enfermeiros motivados e despertos para a especificidade dos cuidados às mesmas, pelo que permitiu realizar um acompanhamento efetivo do idoso e do seu familiar cuidador, conferindo-lhes segurança nos cuidados. Foi possível capacitá-los para gerir as exigências que se lhe foram colocando inerentes à nova forma de se alimentarem, levando-os a assumir o cuidado de Si ou a que se assegurasse o cuidado do Outro.

Para acompanhar as pessoas idosas e cuidadores familiares, realizaram-se visitas domiciliárias ao longo de 16 semanas, exigindo a preparação prévia de cada uma delas, tendo sido fundamental a orientação proporcionada pela enfermeira orientadora do local de estágio. Na equipa foram identificadas as práticas de cuidados relativamente à intervenção em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador, visando a prevenção da desnutrição, o que veio dar consistência ao projeto. Os enfermeiros reconheceram na Parceria, e nesta forma de intervir, uma mais valia para o idoso com AE e familiar cuidador, no domicílio. Verificou-se uma evolução ao nível de registos de enfermagem, em todas as dimensões do modelo de parceria observadas. Contribuíram para estes resultados, um novo instrumento de registos de enfermagem que emergiu na equipa, assim como a elaboração de panfleto para os familiares cuidadores e planos alimentares individualizados, que serviram como reforço das intervenções educativas.

O desenvolvimento deste projeto pretendeu, igualmente a melhoria dos cuidados ao idoso com AE, que possibilitasse a melhoria do seu EN. A partir da análise dos registos e observação das práticas foi possível alicerçar estratégias de intervenção na equipa. A mobilização do modelo de Parceria (Gomes, 2009) possibilitou a operacionalização destas estratégias integrando o idoso e a família nos cuidados de forma dinâmica e negociada com vista a alcançar as metas traçadas. O trabalho em parceria foi reconhecido na equipa, perpetuando-se na sua prática de cuidados.

Houve um desenvolvimento de competências na área da **motivação e liderança de**



**equipas**, uma vez que representou um grande desafio por ter sido desenvolvido num contexto novo, com pessoas novas que abraçaram este projeto e se apropriaram, integrando a avaliação do EN para despiste de risco nutricional, nos cuidados à pessoa idosa. Desta forma, o envolvimento da equipa de enfermagem foi motor para intervir em parceria, com os idosos e cuidadores familiares, ao longo da implementação deste projeto, contribuindo para prevenir a desnutrição, promover a vida dos idosos que estão em casa a fazer AE, assim como ajudar os seus familiares cuidadores que têm que assumir o Cuidado do Outro (familiar doente) , a sentirem-se acompanhados e seguros.

Ao nível da **responsabilidade profissional, ética e legal**, o projeto foi ao encontro do problema da desnutrição dos idosos que vêm a sua fragilidade aumentada quando se estão a alimentar por via entérica, constituindo uma resposta atempada para o mesmo. As intervenções de enfermagem realizadas foram suportadas no código deontológico. Os conhecimentos alcançados, a reflexão concretizada sobre a prática de cuidados e sobre o referencial teórico que sustentou o projeto, permitiram o desenvolvimento de competências na área de **investigação**.

Ao nível da **formação**, foi possível o desenvolvimento de competências junto da equipa. Foi adotada a prática reflexiva, refletindo sobre a ação e na ação para estimular a equipa a aprender fazendo e posteriormente reflectir sobre o que se faz e como se faz. Foram criados momentos de partilha de ideias, pegando em estudos de caso para discussão de planos de cuidados, e outros momentos de formação, com recurso a métodos demonstrativo, ativo, interrogativo, assente na evidência científica emergente da literatura. Ao nível pessoal, esta prática reflexiva, possibilitou um crescimento e enriquecimento. Também as reuniões tutoriais foram momentos formativos importantes, promotoras de crescimento pessoal, por conseguir superar medos e dificuldades

## 5. CONCLUSÃO

As alterações associadas ao envelhecimento podem interferir com a alimentação da pessoa, refletindo-se no EN e na necessidade alternativa de AE. É necessário que a pessoa idosa e familiar cuidador desenvolvam conhecimentos e competências que lhe permitam assumir os cuidados quotidianos e de manutenção que promovam a vida e o cuidado de Si.

Este projeto teve como objectivo prevenir a desnutrição do idoso com AE no domicílio, através de uma intervenção em parceria promotora do cuidado de Si. A exigência decorrente do envelhecimento populacional gradual e global, associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas faz com que se tenha que apostar mais na prevenção e promoção da saúde. Emerge a necessidade de um conhecimento mais aprofundado das necessidades específicas da pessoa idosa “como parceiro ativo, empoderado e exigente de um sistema de saúde de qualidade” (DGS, 2012, p.17).

Desta forma, ao longo de 4 meses de estágio, foram desenvolvidos projetos de cuidados, em parceria com pessoa idosa e familiar cuidador, estabelecendo-se compromissos e objetivos comuns que foram alcançados, acompanhando-os no seu contexto de vida. Durante as visitas domiciliárias implementaram-se intervenções educativas, com demonstração e treino, que abordavam, especificamente, cuidados inerentes à AE, cuidados com o dispositivo, com a pele, com a preparação e conservação dos alimentos, quantidades e qualidade das refeições, e a importância da nutrição para o conforto e manutenção da vida.

Foi possível diminuir risco e estados de desnutrição das pessoas idosas com AE no domicílio, identificando o mais precocemente estes estados, com recurso ao MNA-SF® integrado numa avaliação multidimensional. Desta forma permitiu que a equipa conhecesse o EN dos idosos com AE e delineasse estratégias de intervenção em parceria junto deles e familiar cuidador, no sentido de assegurar o Cuidado do Outro, resultando em projetos de cuidados sensíveis às necessidades de cada pessoa.

Acompanhar a pessoa idosa com AE e familiar cuidador no domicílio, permitiu promover a autonomia e bem-estar tão importante na vida do idoso, mas também tão importante na vida de quem cuida deles, nas 24 horas por dia, indo ao encontro daquilo que lhe faz sentido e que a pessoa quer e deseja para Si. O papel dos cuidadores familiares é fundamental, mas para isso é preciso que estejam

preparados, necessitando de informação, orientação, apoio do enfermeiro da comunidade, que conhece o seu contexto, os seus sentimentos, as suas dificuldades, e as suas capacidades

Foram realizadas intervenções educativas individualizadas a cada situação e de acordo com as suas realidades. Estabeleceu-se uma vigilância periódica através da reavaliação do estado nutricional com recurso ao MNA-SF®, no período preconizado de 3 meses. Toda a equipa participou no delineamento destas intervenções junto das pessoas idosas e familiares cuidadores. Assim as atividades realizadas foram ao encontro dos mesmos, e ajudaram ao estabelecimento de uma relação de maior confiança. As suas necessidades e dificuldades foram supridas, conseguindo-se a sua capacitação com sucesso.

Através da análise dos registos de enfermagem constatou-se uma evolução, que indica uma preocupação por parte dos enfermeiros em registar mais e em ser mais específico naquilo que regista, dando visibilidade ao seu trabalho, muitas vezes invisível. É também de salientar que, efetivamente, os registos espelham a intervenção em Parceria quer com o idoso, quer com o familiar cuidador, bem como a avaliação nutricional que passou a realizar-se. A partir da análise de conteúdo das entrevistas feitas a familiares cuidadores, constatou-se que as intervenções educativas realizadas nas visitas domiciliárias, a segurança promovida pelo projeto, assim como o sentimento de disponibilidade da equipa de enfermagem e o seu apoio, sobressaem como aspetos mais valorizados para a continuidade do projeto de vida e do assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro.

Este projeto impulsionou o desenvolvimento de competências pessoais, tal como explanado no capítulo anterior e permitiu o ganho de competências como enfermeiro especialista perito e mestre, na área de cuidados ao idoso. Assim, considera-se que foram alcançados os objetivos que haviam sido propostos para este estágio.

## BIBLIOGRAFIA

- Anderson R. M.; Funnel M. M. (2010) Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *National Institute of Health Public Access Author Manuscript* 79 (3). 277 – 282. Acedido em junho 2013. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879465/pdf/nihms135224.pdf>
- Araújo V. S. (2010) Educação em Saúde para idosos na atenção básica: olhar de profissional de saúde. Dissertação apresentada ao Programa Pós-graduação em Enfermagem Nível Mestrado. Universidade Federal de Paraíba. Centro de Ciências da Saúde.
- Associação Portuguesa de Nutricionistas (2011) Necessidades Nutricionais dos idosos. Acedido em maio 2014. Disponível em <http://www.apn.org.pt/scid/webapn/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=848>
- Bankhead R. et al (2009) Enteral Nutrition Practice Recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. The American Society for Parenteral & Enteral Nutrition* (33)2. 121-167. Acedido em dez 2013. Disponível em [file:///C:/Users/Asus/Downloads/ENPR%20jpen%203-09%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/ENPR%20jpen%203-09%20(1).pdf).
- BAPEN (The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) (2011). Annual Report: *Malnutrition most common in older women in care homes*. Acedido em 6 maio 2013. Disponível em: [www.bapen.org.uk/pdfs/nsw/nsw07%5freport.pdf](http://www.bapen.org.uk/pdfs/nsw/nsw07%5freport.pdf) <<http://www.bapen.org.uk/pdfs/nsw/nsw07%5freport.pdf>.
- Barbosa V.L.A (2013) Incapacidades e necessidades sentidas de serviços numa população de pessoas idosas. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em março 2014. Disponível em [file:///C:/Users/Asus/Downloads/D2011\\_10003321014\\_21033006\\_1.pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/D2011_10003321014_21033006_1.pdf).
- Bardin, Laurence. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Barker L., Gout B., Crowe T. (2011) Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. *International Journal Environmental Research and Public Health* (8) 514-527; doi:10.3390/ijerph8020514.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na pratica clínica de Enfermagem* (Edição comemorativa). Coimbra:Quarteto Editora.
- Bolsoni, B.V. (2012) O Cuidado de Si e o corpo em Michel Foucault: perspectivas

- para uma educação corporal não instrumentalizadora. *Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul*. Brasil.
- Bogdan, R.C.; Biklen, S.K. (2010) Notas de campo. In Bogdan, R.C.; Biklen, S.K. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos*. Porto: Porto Editora. 150-175.
- Bub M.B.C., Medrano C., Silva C.D., Wink S., Liss P.E., Santos E.K.A. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 15:(152-157).
- Cabete, D.G. (2005). O Idoso, a Doença e o Hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Loures: Lusociência.
- Carapinha, C. (2014) Texto e paratexto no domínio legal in Marco de Dios, A. *La Lengua Portuguesa*, vol II. Estudios Lingüísticos. Ediciones Universidade de Salamanca y los autores.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Conselho Superior de Estatística (2012) Relatório do Grupo de Trabalho de Estatística da Saúde. acedido a 28 fevereiro 2013, Disponível em <file:///C:/Users/Asus/Downloads/Relatorio%20GT%20Sa%C3%BAde%202012.pdf>.
- DGS (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acedido em Junho 2013, disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida.pdf>.
- Diogo M.J.D; Ceolim M.F., Cintra F.A. (2005) Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 39(1):97-102. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/51.pdf>.
- Direcção Geral de Saúde, DGS. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Portugal. Obtido em 18 de Abril de 2013, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.
- Duarte, S.F.C (2010) Continuidade em cuidados Domiciliários: O papel do enfermeiro. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Acedido em fev 2014. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954\\_td\\_Susana\\_Duarte.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf).

- European Nutrition for Health Alliance (2006) Malnutrition among Older People in the Community: Policy Recommendations for Change. Disponível em <http://www.european-nutrition.org/publications.cfm>.
- Emed, Kronbauer, Magnoni (2006) Mini-avaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. (21) 3. 219-223. Acedido em maio 2013. Disponível em <http://www.sbnpe.com.br/n1/docs/revistas/volume21-3.pdf>.
- Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: a framework of six “marker conditions” can help focus assessment of hospitalized older patients. *Advanced Journal of Nursing*, 107 (10). 40-48.
- Giles, L., Hawthorne, G., & Crotty, M. (2009). Health-related Quality of Life among hospitalized older people awaiting residential aged care. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7 (71). Obtido em 18 de Abril de 2013, disponível em <http://www.hqlo.com/content/7/1/71>.
- Gomes, I. et al (2007) *Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania* Coimbra: Formasau.
- Gomes, I. (2009). Cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. *Tese de Doutoramento*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.
- Gomes, I. (2013) Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre enfermeiro e doente idoso no domicílio. In Fernandes et al. (2013). *Cuidado de enfermagem à Pessoa Idosa*. Lusociência.
- Helvik, A., Engedal, K., & Selbæk, G. (2010). The quality of life and factors associated with it in the medically hospitalised elderly. *Aging & Mental Health*, 14 (7), 861-869.
- Huhmann, M.B.; Perez, V.; Alexander D.D.; Thomas D.R. (2013) a self-completed nutrition screening tool for community dwelling older adults with high reliability: a comparison study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* (17)4. Disponível em 339-344. <http://europepmc.org/abstract/MED/23538656/reload=0;jsessionid=VDh64gpoAC4Y8ZNGo8Qj.22>.
- Instituto Português de Segurança Social (2013) Relatório Final: Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

- Acedido em fev 2014. Disponível em [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Rel\\_Imple\\_Monit\\_RNCCI\\_2013](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Rel_Imple_Monit_RNCCI_2013).
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011. Acedido em março 2013, disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2).
- Laudisio, A., et al (2010). Depressive symptoms are associated with hospitalization, but not with mortality in the elderly: A population-based study. *Aging & Mental Health*, 14 (8), 955-961. doi:10.1080/13607863.2010.501058.
- Lena Martin L., Blomberg J., Lagergren P. (2012) Patients' perspectives of living with a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) *BMC Gastroenterology* 12(126). Acedido em outubro 2014, Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/12/126>
- Loureiro M. (2008). *Validação do Mini Nutritional assessment em idosos*. Dissertação de Mestrado: Nutrição Clínica. Coimbra.
- Lunardi VL, Lunardi W. D. Filho, Silveira R. S., Soares N. V., Lipinski J. M. (2004) O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem*; 12(6). 933-939.
- Marques, F.S.C. (2008). Estado nutricional e ingestão alimentar numa população de idosos institucionalizados. Mestrado em Nutrição Clínica apresentado na Faculdade de Medicina de Coimbra. Universidade de Coimbra. Disponível em [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18108/1/Vers%C3%A3o\\_final.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18108/1/Vers%C3%A3o_final.pdf).
- Meireles, A. C. (2008) Níveis de Prevenção: conceito e contributo do médico de saúde pública. Dissertação efetuada na Administração Regional de Saúde do Norte. Portal de Saúde Pública, acedido em fev 2014, disponível em [http://www.saudepublica.web.pt/20-Autores/AnaCatarinaMeireles\\_autoria.htm](http://www.saudepublica.web.pt/20-Autores/AnaCatarinaMeireles_autoria.htm).
- Ministério da Saúde (2009) Artigo 3.º Despacho n.º 10143/2009 Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009, acedido em nov 2013 disponível em [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=2571&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2571&m=PDF).
- Mussi M. C. et al. (2013) Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I1. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. (21) 0-9. Acedido em janeiro 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_04.pdf).

- Najas, M.; Yamatto T. H. (2008) Avaliação do Estado Nutricional de Idosos. Nutrição na maturidade. *Nestle Nutrition*. Disponível em <http://www.nestle-nutricaoodomiciliar.com.br/Files/documentos/00000FAVALIACAO%20EST%20NUT.pdf>.
- Norman A.H., Tesser C.D. (2009) Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25(9).2012-2020 Acedido em jan 2014. disponível em [http://www.academia.edu/4368946/Prevencao\\_quaternaria\\_na\\_atencao\\_primaria\\_a\\_saude\\_uma\\_necessidade\\_do\\_Sistema\\_Unico\\_de\\_Saude](http://www.academia.edu/4368946/Prevencao_quaternaria_na_atencao_primaria_a_saude_uma_necessidade_do_Sistema_Unico_de_Saude).
- Pego M. A. (2013) Cuidados Informais: Os Idosos em Situação de Dependência em Portugal *Dissertação* Mestrado Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.
- Penney, W., & Wellard, S. J. (2007). Hearing what older consumers say about participation in their care. *International Journal of Nursing Practice*, 13(1), 61-68. doi:10.1111/j.1440- 172X.2006.00608.x
- Pordata (2013) Indicadores de envelhecimento. acedido a 8 julho 2013, disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- Pokorná A. e Chudobová L. (2011). Effectiveness of the Standardised Nutritional Support of Senior Citizens in the Institutional Care. *Journal of US-China Medical Science*. 8(9). 567- 570.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra. Quarteto editora.
- Silva, I. *et al* (2009) Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*. 43(3):697-703. Acedido a 09-04-2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>
- Souza R. F., Skubs T., Brêtas A. C. P. (2007) Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(3):263-7. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a03.pdf>, acedido em dez 2013.
- Spinelli, R. B. (2008) Estudo comparativo do estado nutricional de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados no município de Erechim. Porto Alegre: *Dissertação* Mestrado em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) (2011) Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Manual do Prestador:



Recomendações para a Melhoria Contínua. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/Paginas/Default.aspx>.

Wilson, N. (2011) Is nasogastric feeding an option in nursing homes? *Nursing and Residential Care* (13)8. 374-377. Acedido em 6 maio 2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=24&sid=f519cf9e-6664-40d4-8cd1-f3103c6411d9%40sessionmgr4<http://www.bapen.org.uk/pdfs/nsw/nsw07%5freport.pdf>>

World Health Organization (2008): Home Care in Europe. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/96467/E91884.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf). Acedido em 28 fev 2014.

Vanderwee, K. *et al* (2011). Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 736-746. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05531.x disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=59318909&site=ehost-live>

**APENDICES**

**E**

**ANEXOS**

**APÊNCICE 1**  
**PROJETO DE ESTÁGIO**



**4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**VERTENTE PESSOA IDOSA**

**Unidade Curricular Opção II/Estágio**

## **PROJETO DE ESTÁGIO**

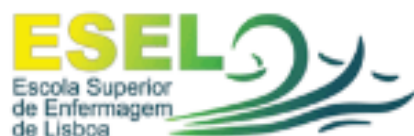
**PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO DA PESSOA IDOSA COM  
ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA**

**A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, NO CUIDADO À  
PESSOA IDOSA COM ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA E FAMILIAR CUIDADOR NA  
PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI**

**Catarina Isabel Oliveira Nunes Fernandes**

**Lisboa  
Setembro, 2013**

---



**4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**VERTENTE PESSOA IDOSA**

**Unidade Curricular Opção II/Estágio**

## **PROJETO DE ESTÁGIO**

**PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO DA PESSOA IDOSA COM**

**ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA:**

**A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, NO CUIDADO À  
PESSOA IDOSA COM ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA E FAMILIAR CUIDADOR NA  
PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI**

**Catarina Isabel Oliveira Nunes Fernandes**

**Orientadora: Professora Doutora Idalina Gomes**

**Lisboa  
Setembro, 2013**

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO</b> .....	9
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	12
2.1-Envelhecimento e alterações do estado nutricional das pessoas idosas...	12
2.2- Avaliação nutricional e o Mini Nutricional Assessment para prevenção de desnutrição da Pessoa Idosa com Nutrição entérica.....	13
2.3-A parceria como intervenção de enfermagem, no cuidado à pessoa idosa com alimentação entérica, na promoção do cuidado de Si .....	14
<b>3. METODOLOGIA/DESENHO DO PROJETO</b> .....	18
3.1-Objetivos, Planeamento das Atividades e Indicadores de Avaliação.....	18
3.2- Contexto de ação e recursos .....	24
3.3-Aspectos éticos.....	24
3.4- Pontos Fortes e Pontos Fracos.....	25
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	26
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	27
<b>ANEXOS</b> .....	32
ANEXO I –Autorização	
ANEXO II – Grelha De Observação Dos Registos De Enfermagem	
ANEXO III – Estrutura De Guião De Entrevistas	
ANEXO IV – Grelha De Análise De Observação Das Práticas	
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I – Cronograma de Atividades	
APÊNDICE II – Consentimento Informado	
APÊNDICE III – Modelo de Parceria e Análise Swot	

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, na Unidade Curricular Opção II, surge a oportunidade de elaborar este projeto de intervenção clínica, a desenvolver em estágio, no 3º semestre. Pretende-se o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista na área de intervenção à pessoa idosa, e de mestre, nomeadamente na resolução de problemas relacionados com os cuidados de enfermagem à pessoa idosa que se encontra a fazer alimentação entérica no domicílio. Como refere Sonderhamn U., Flateland S., Jessen L. E Soderhamn O. (2011) intervir na prevenção da desnutrição é factor fundamental para a melhoria da saúde global das pessoas idosas e para Gomes (2013) trabalhando em parceria com estas pode-se promover a vida com o sentido que faz sentido para aquela pessoa singular, energizando a sua saúde.

Enquadrado no envelhecimento global gradual da população, reflexo da diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, verifica-se em Portugal, que 19% da população tem 65 ou mais anos de idade (INE, 2011). Associado ao envelhecimento está a crescente prevalência das doenças crónicas, aumento do índice de dependência e diminuição da funcionalidade, que gera uma procura de cuidados de saúde, pelo fato de existir uma maior necessidade dos mesmos, (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012).

Collière (1999) defendia que com o envelhecimento os cuidados predominantes passam a ser os cuidados de compensação e de manutenção de vida. São estes "cuidados que sustentam e por isso mantêm as capacidades adquiridas para fazer face às necessidades da vida quotidiana como comer" e beber que asseguram que a pessoa se mantenha hidratada e nutrida (p.182). Para promover a vida assegurando a satisfação desta necessidade, em situações específicas em que não é possível a ingestão oral, é necessário recorrer à via

entérica. Idosos que se encontram a fazer alimentação entérica são marcadamente mais suscetíveis a desnutrição (Volkert, D., Pauly, L., Stehle, P., & Sieber, C. C., 2011, Pokorná e Chudobová, 2011; Rist, Miles e Karimi, 2012). A incidência da desnutrição alcança níveis elevados em idosos hospitalizados, mas também em idosos no domicílio (Loureiro, 2008, p.4). A tendência, a nível das políticas de saúde é conter gastos e reduzir os internamentos, pelo que emerge a pertinência de cuidados de proximidade mantendo-se a pessoa no seu domicílio (Gomes, 2013). Daí decorre a necessidade da pessoa idosa e seu familiar cuidador desenvolverem conhecimentos e capacidades para se adaptarem à sua nova condição continuando o seu projeto de vida.

Para que o cuidado de enfermagem possa dar resposta às necessidades da pessoa idosa, que se encontra no seu domicílio a fazer alimentação entérica, e seu cuidador familiar, é imprescindível intervir em parceria. O modelo de parceria como intervenção de enfermagem é um processo dinâmico de cuidados centrado na pessoa, na sua proatividade, vontade e capacidade de participar, ajudando-a a assumir o cuidado de Si, ou assegurar que o cuidador familiar assuma o cuidado do Outro (Gomes, 2013). Assim, a implementação de um planeamento de cuidados estruturado, de prevenção da desnutrição da pessoa idosa que se encontra a fazer alimentação entérica, no domicílio, é determinante para que possa prosseguir com o seu projeto de vida e saúde, valorizando a sua autonomia, liberdade de escolha e reconhecendo-a como conhecedor principal da sua situação (Gomes, 2013).

Enquanto enfermeira generalista, a prestação de cuidados à pessoa idosa surge como uma paixão e como um privilégio, por poder intervir na promoção de um envelhecimento mais ativo e feliz, adequando cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas. Assim, com base na experiência profissional de 10 anos de trabalho, direcionada para a prestação de cuidados ao adulto/idoso, e de acordo com o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências, considero situar-me ao nível de proficiente.

Com a realização deste projeto de intervenção, na comunidade, ambiciona-se desenvolver competências de Mestre, de acordo com o Artigo 2º do Regulamento dos Mestrados da ESEL, que permitam uma prática baseada na evidência, ao nível da prestação de cuidados, investigação, formação e gestão. Pretende-se ainda, que



possua competências em quatro domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010).

Assim, pretendo desenvolver um projeto, com o **tema** a "Prevenção da desnutrição da pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio: a parceria como intervenção de enfermagem, no cuidado à pessoa idosa com alimentação entérica e familiar cuidador na promoção do cuidado de si". Este tem como **finalidade** desenvolver competências como enfermeira especialista área da saúde da pessoa idosa nos domínios acima referidos, nomeadamente na prevenção da desnutrição da pessoa idosa que se encontra a fazer alimentação entérica no domicílio intervindo em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador, planeando cuidados quotidianos e de manutenção que promovam o cuidado de Si e a vida.

Como **objetivos Gerais** definiu-se: desenvolver competências de Enfermeira Especialista no cuidado à pessoa idosa, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em contexto hospitalar e domiciliário, mobilizando a parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si, nomeadamente para prevenção da desnutrição, e na equipa de enfermagem na implementação de intervenções em parceria, para avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio e seu cuidador familiar, promovendo o cuidado de Si.

Para a realização deste trabalho recorre-se à metodologia de projeto de intervenção, como um conjunto de técnicas ou procedimentos que se centram na resolução de problemas, para se adquirir competências para concretização de projetos em situação real, fazendo a ponte entre a teoria e a prática (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

O projeto de intervenção vai ser desenvolvido no estágio que decorrerá numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), tendo como sujeitos de intervenção as pessoas idosas que se encontrem a fazer alimentação entérica no domicílio e cuidadores familiares e equipa de enfermagem da UCC da região de Lisboa. O referido projeto contempla ainda uma vertente hospitalar num serviço de internamento de medicina interna.

Este trabalho encontra-se organizado em 4 capítulos. No primeiro contextualiza-se a temática como um problema para a enfermagem, e diz respeito ao diagnóstico de situação e justificação do projeto, segue-se o enquadramento conceitual que fundamenta e permite conhecer o pensamento de enfermagem orientador dos cuidados. Num terceiro apresenta-se a metodologia/desenho do projeto, com os objetivos, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação, bem como as questões éticas, contexto de ação e recursos/participantes. Termina com algumas considerações finais.

Para a elaboração do projeto foram utilizados o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL, o Regulamento de Mestrados da ESEL e as normas American Psychological Association (APA) para enunciação de citações e referências bibliográficas.

## 1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A desnutrição da pessoa idosa está associada com um aumento da morbilidade e mortalidade, diminuição da qualidade de vida e aumentando da incapacidade física, pelo que ao intervir para promover um bom estado nutricional contribui-se para um envelhecimento saudável (Loureiro, 2008). Idosos com melhor estado nutricional também obtêm melhor score na avaliação de atividades de vida diária, com repercussão aos níveis psicológico e funcional (Pokorná e Chudbová, 2011).

Num estudo de Volkert, D., Pauly, L., Stehle, P., & Sieber, C. C. (2011), constatou-se que dos participantes alimentados por sonda, 57,7% estavam desnutridos e 42,3% em risco de desnutrição, e que a desnutrição esteve significativamente relacionada com problemas de saúde como úlceras de pressão e desidratação. A literatura também nos diz que é fundamental fazer uma avaliação sistemática do risco de desnutrição das pessoas idosas, com recurso a instrumento adequado e de fácil aplicação, permitindo uma deteção precoce do risco de desnutrição, ou uma intervenção atempada, para promover o melhor estado nutricional (Sonderhamn U., Flateland S., Jessen L., Soderhamn O., 2011; Volkert, D., Pauly, L., Stehle, P., & Sieber, C. C., 2011; Rist, Miles, Karimi, 2012).

Deste modo, torna-se uma área importante para os cuidados de enfermagem, na medida em que diz respeito aos cuidados de compensação e manutenção de vida como um conjunto de atividades que asseguram a *continuidade da vida*, tal como refere Collière (1999), pois são estes "cuidados que sustentam e por isso mantêm as capacidades adquiridas para fazer face às necessidades da vida quotidiana como comer" e necessidade de água que asseguram que a pessoa se mantenha hidratada e nutrida (p.182).

Este projeto surge na continuação do projeto desenvolvido por Miguel (2013), no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, em

que desenvolveu um projeto que tinha como finalidade a prevenção da desnutrição da pessoa idosa com alimentação entérica, com base na parceria para a promoção do cuidado de Si, numa Unidade de Técnicas de Gastroenterologia, acompanhando as pessoas idosas após Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG).

Avaliar o estado nutricional dos idosos surge como uma ação difícil e complexa, tendo em conta as alterações associadas ao próprio envelhecimento, que interferem nos parâmetros de avaliação nutricional usualmente utilizados (Loureiro, 2008).

Existem instrumentos concebidos especificamente para as pessoas idosas e devem ser utilizados (Sonderhamn U., Flateland S., Jessen L., Soderhamn O., 2011). O Mini Nutritional Assessment (MNA) surge como um instrumento desenvolvido para avaliar especificamente pessoas com idade superior a 65 anos, no hospital, em casa ou na comunidade, considerando fatores antropométricos, médicos, dietéticos, psicossociais e de estilo de vida. A forma abreviada (Short-Forme) (MNA-SF) (Anexo V) proporciona um instrumento de fácil utilização (Bater, Gout e Crowe, 2011).

Continuar a desenvolver o projeto acima referido, mas agora no contexto da comunidade, usando o Modelo de Parceria de Gomes (2009) como intervenção de enfermagem para o cuidado de Si, permite garantir que as pessoas idosas são acompanhadas, assegurando que todos os caminhos propostos para os cuidados são centrados no idoso e envolvem cuidadores familiares, que também se sentem acompanhados. Neste contexto é pertinente uma abordagem que permita fazer uma avaliação, monitorização e intervenção sistemática do estado nutricional da pessoa idosa com alimentação entérica, no contexto de vida social e individual em que se encontra, tal como precunizado pela DGS (2004) visando a manutenção da sua autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

Neste contexto pretende-se desenvolver o estágio do 3º semestre do 4º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa numa UCC da grande Lisboa.

Assim, a **finalidade** deste projeto assenta no desenvolvimento de

competências de Mestre e enfermeira especialista ao nível da prestação de cuidados, investigação, formação e gestão e nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em contexto hospitalar e domiciliário, nomeadamente na prevenção da desnutrição da pessoa idosa que se encontra a fazer alimentação entérica no domicílio intervindo em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador, planeando cuidados quotidianos e de manutenção que promovam o cuidado de Si e a vida.

#### **Tem como objetivos Gerais**

- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista no cuidado à pessoa idosa, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da formação, investigação da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em contexto hospitalar e domiciliário;

- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista na prestação de cuidados mobilizando a parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si, nomeadamente para prevenção da desnutrição;

- Desenvolver competências na equipa de enfermagem na implementação de intervenções em parceria, com a pessoa idosa e familiar cuidador, para a promoção do cuidado de Si, nomeadamente para prevenção da desnutrição,

Com o intuito de nortear a fundamentação da problemática, elaborou-se a seguinte pergunta: "como intervir em parceria com a pessoa idosa que se encontra a fazer alimentação entérica no domicílio e cuidador familiar, para prevenção da desnutrição, promovendo o cuidado de Si?" Usaram-se os seguintes descritores: Idoso, desnutrição, parceria, intervenções de enfermagem e cuidado de Si.



## 2. ENQUADRAMENTO CONCTETUAL

Neste capítulo aborda-se o processo de envelhecimento relacionando-o com o estado nutricional das pessoas idosas. Apresenta-se um instrumento de avaliação do estado nutricional validado para a população idosa e o modelo de parceria como intervenção de enfermagem para o cuidado de Si.

### 2.1. Envelhecimento e alterações do estado nutricional das pessoas idosas

Em Portugal, consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que está associada à idade de reforma (INE, 2011).

Segundo dados estatísticos, neste contexto demográfico, o peso relativo da população idosa sobre a população em idade ativa é atualmente de 29 idosos para cada 100 indivíduos em idade ativa. O panorama nacional previsto é que este número poderá triplicar nos próximos 50 anos. Também o Índice de envelhecimento nos realça esta tendência de inversão da pirâmide demográfica, atualmente é de 129,4% (Pordata, 2013).

Os idosos são especialmente vulneráveis à desnutrição, pelas alterações fisiológicas inerentes, associado a múltiplas patologias e ingestão nutricional deficitária (Vanderwee *et al*, 2010). O estado nutricional dos idosos é conhecido como determinante principal da sua qualidade de vida e pode influenciar capacidade de ser independente e a capacidade de cuidado de Si. Assim, a saúde das pessoas idosas é afetada pelo seu estado nutricional, pois sabe-se que a prevalência de doenças crónicas e os determinantes psicológicos aumentam o risco de desnutrição das pessoas idosas (Pokorná e Chudobová, 2011). Por outro lado, o estado nutricional também aparece ligado de forma mais global a questões relacionadas com a saúde, nomeadamente a perceção do próprio quanto à sua saúde/doença, quanto a ser e manter-se ativo, e quanto à

satisfação com a própria vida (Sonderhamn U., Flateland S., Jessen L., Soderhamn O., 2011).

A importância da monitorização do estado nutricional da pessoa idosa é evidente, por permitir reduzir encargos nos cuidados de saúde causados pela *malnutrição*, direcionando a intervenção de enfermagem para as necessidades reais dos idosos, e deve fazer parte dos cuidados de intervenção na comunidade (Pokorná, Chudobová, 2011), acompanhando os idosos nos vários contextos de vida quotidiana em que estes se encontram. Desta forma, a pessoa idosa sente-se acompanhada, os cuidadores familiares sentem-se apoiados, com repercussão na adesão aos cuidados e melhoria do seu estado nutricional, e promoção do cuidado de Si.

## **2.2- Avaliação nutricional e o Mini Nutricional Assessment para prevenção de desnutrição da Pessoa Idosa com Nutrição Entérica**

São várias as circunstâncias que tomam a alimentação entérica necessária, como a desnutrição ou risco de desnutrição, inadequada ingestão ou a não segurança da via oral. Assim, quando se verifica esta necessidade pode recorrer-se a sonda naso gástrica ou colocação de dispositivo PEG (Gastrostomia Endoscópica Percutânea). Alimentação por sonda naso gástrica é usada para determinar se a pessoa tolera a alimentação entérica e esta via oferece benefícios gerais antes de se optar por um método mais invasivo, tal como gastrostomia, que se torna um método mais seguro e mais fácil para gerir a alimentação de longo prazo. Alimentação por sonda nasogástrica é, comparativamente, uma medida de curto prazo, onde a alimentação oral pode ser retomada, e alimentação entérica de suporte cessar (Wilson, 2011).

A monitorização do estado nutricional dos idosos, deve fazer parte dos cuidados de intervenção na comunidade, o que vai permitir reduzir o peso causado pela desnutrição, nos cuidados de saúde, direcionando a intervenção de enfermagem para as necessidades reais da população (Pokorná, Chudobová, 2011; Rist, Miles, Karimi, 2012).

Para avaliação do estado nutricional das pessoas idosas podemos recorrer ao Mini Nutritional Assessment (MNA) e MNA-SF (Short Form), que abrange os

aspectos físicos e mentais associados à alimentação e um inquérito alimentar. O MNA está validado para a população idosa portuguesa, tanto em contexto de ambulatório como no hospital (Loureiro, 2008). Baseada nestes pressupostos considera-se pertinente a utilização deste instrumento durante a realização do estágio. A literatura diz-nos que O MNA é considerado um instrumento simples, especialmente concebido para a avaliação nutricional de idosos (Volkert, D., Pauly, L., Stehle, P., & Sieber, C. C., 2011), com valores de sensibilidade e especificidade de 80% e 90%, respetivamente (Harris, D. G.; Davies, C.; Ward H.; Haboubi, N. Y., 2007).

O recurso ao instrumento permite saber que idosos estão desnutridos ou em risco de desnutrição, mas promover o melhor estado nutricional exige intervir em parceria.

O enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa que vê a sua vulnerabilidade acrescida para ocorrência de desnutrição. Conhecer o seu contexto de vida, os seus recursos pessoais (que apoios tem), a forma como se encontra a vivenciar esta situação pela necessidade de alimentação entérica e que impacto esta situação tem na sua trajetória e projeto de vida e como reestrutura o mesmo. Que necessidades vê para si, assim como o seu potencial de desenvolvimento, o que é capaz de fazer e onde intervir para aumentar a capacitação (Gomes, 2009).

### **2.3. A parceria como intervenção de enfermagem, no cuidado à pessoa idosa com alimentação entérica, na promoção do cuidado de Si**

Para Colliere (1999, p.151). a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa, que é "o ponto de partida e de chegada dos cuidados". O cuidar é algo inerente à condição humana, é "um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade" (Colliere, 1999,p.23).

Para o estabelecimento de uma relação eficaz é necessário conhecer a pessoa de quem cuidamos e sua família, partilhando conhecimentos, gerar uma relação de confiança e estabelecer uma relação de cuidados negociada (Gomes, 2013).



---

Collière (1999, 151) também defende que em parceria com o idoso "os cuidados não têm sentido senão em relação com a sua realidade" o que significa que os cuidados têm que ter sentido para quem é cuidado, ajudando-o a seguir com o seu projeto de vida, melhorar a adaptação à sua situação de doença e promovendo o cuidado de Si, no contexto em que se encontra. Há "conjugação e participação de cada um, como parceiros de um mesmo projeto, onde apesar de desempenharem papéis diferentes têm funções complementares" (Collière, 1999, p.305).

Neste sentido constrói-se um processo de cuidados de enfermagem que segundo Collière (1999, p.293)

é uma tentativa de análise de situação que visa identificar a natureza das necessidades ou de problemas de saúde, vividos por uma ou mais pessoas, num dado meio, e que requerem cuidados de (...) manutenção da vida, cuidados de reparação, bem como aquilo que se propõem complementar ou compensar.

A necessidade de cuidados de enfermagem depende da inter-relação entre "capacidades, possibilidades e recursos da pessoa, no período da trajetória de vida em que se situa" mas envolvendo aqueles que a cercam, o ambiente em que está inserido, em que a saúde é vista como "conjunto das forças físicas, afetivas, psíquicas e sociais que podem ser ativadas para compensar a doença, ultrapassá-la ou fazer-lhe frente" (Colliere, 1999, p.287).

O processo de enfermagem é um processo de "descoberta-elucidação-ação" entre parceiros com papéis/funções diferentes mas complementares, com recurso às capacidades de cada um, inseridos num determinado contexto. Inicia-se com a descoberta do outro tendo em conta os seus estatutos, cultura e papéis sociais, ou seja é "procurar o sentido do que se percebeu". Elucidar é clarificar, ou seja é a análise de situação, que constitui um instrumento de trabalho na prática. A informação é agrupada em torno de 3 pólos: o que diz respeito à pessoa; o que diz respeito ao ambiente e o que diz respeito à doença "bem como as consequências que provoca, porque são essas as limitações que amputam a autonomia e tornam a pessoa dependente em toda a espécie de cuidados quotidianos" (Colliere, 1999, p.299). É a partir da relação entre estes três polos que é possível identificar a natureza de problemas focos da intervenção de enfermagem, pelo que "a necessidade de ajuda surge quando há

insuficiente funcionamento, disfuncionamento, malfuncionamento ou não funcionamento" (Collière, 1999, p.300).

Todo este processo deve ser desenvolvido tendo em conta as capacidades da pessoa idosa, respeitando a sua autonomia, o seu poder de decisão, em que deve ser visto não como mero recebedor de cuidados mas como participante ativo no seu processo de saúde/doença ou projeto de vida (Gomes, 2013). A prática de cuidados em parceria está intimamente associada ao cuidar do outro, numa perspetiva de otimizar as suas capacidades e valorizar a sua autonomia.

Entender o que as pessoas envolvidas no processo acreditam que é a sua participação, fornece um ponto de partida para o desenvolvimento de parcerias significativas (Penny e Wellard, 2007), olhando para a pessoa idosa como um Ser de necessidades e de projeto visando a promoção do cuidado de Si (Gomes, 2013).

Está subjacente o *empowerment* do idoso, que passa pelo reconhecimento das suas capacidades na tomada de decisão, em que este assume as suas convicções, escolhas de vida e as suas próprias responsabilidades (Gomes, 2007). Esta visão é imperativa para que se considere a pessoa idosa elemento essencial no processo de gestão da sua doença, sendo que a responsabilidade, neste processo, é uma responsabilidade partilhada. Concomitantemente a "mudança de paradigma" exige aos serviços de saúde, encararem os cidadãos como parceiros do seu trabalho (DGS, 2006).

Nesse sentido, o cuidado de Si mesmo é uma atitude ligada a uma série de ações exercidas de si para consigo, determinando o modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo. Está relacionado com a capacidade da pessoa (ou família, ou grupo) agir por si próprio de modo a assegurar a satisfação de necessidades que dizem respeito à vida, e pode avaliar-se por aquilo que é capaz de fazer, ou que é capaz parcialmente ou que não é capaz, mas também por aquilo que sabe fazer sozinha, o que sabe fazer com ajuda e o que não sabe fazer (Collière, 1999). Neste sentido, o cuidado de Si impõem-se como a perceção e abordagem da pessoa enquanto um sujeito capaz de pensar, de refletir, de conhecer e de optar, decidindo por si e para si o que é o melhor, como um ser dotado de razão, de

vontade e de capacidade de exercer sua liberdade (Lunardi, Filho, Silveira, Soares e Lipinski, 2004).

O princípio do cuidado de Si está em preocupar-se, tomar conta de si, ter cuidado consigo e cuidar-se. Refere-se ao cuidado que se deve ter consigo próprio, mas também encerra "o cuidado que se tem com o cuidado que os outros devem ter consigo próprias (Foucault, 1994, p.85). Só é questionado e tido como essencial quando as pessoas tomam consciência do seu modo de viver e do estilo de vida que têm, normalmente confrontados numa situação de doença, em que se repensa afinal, o cuidar de si do quotidiano (Silva, et al.,2009). "O cuidado de Si deve ter o objetivo de fim em si mesmo, do ocupar-se de si como uma prática de vida" (Bolsoni, 2012). Para Gomes (2013), o Cuidado de Si assume-se como a última fase do Modelo de Parceria tendo uma dupla faceta: assumir o controlo do cuidado de Si próprio, e assegurar o cuidado do Outro. O primeiro acontece quando a pessoa tem controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, informado é capaz de decidir e gerir a sua situação. O segundo implica que o familiar cuidador adquira capacidades e competências para cuidar da pessoa idosa, ou o próprio enfermeiro assuma a responsabilidade do cuidado que a pessoa deveria ter consigo próprio, como um recurso (Gomes, 2013).

### **3. METODOLOGIA/DESENHO DO PROJETO**

A realização deste trabalho tem por base uma metodologia de Projeto, recorrendo a um conjunto de técnicas ou procedimentos que se centram na resolução de problemas, para se adquirir competências para concretização de projetos em situação real (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). O trajeto do projeto faz-se por etapas que se podem resumir da seguinte forma: diagnóstico da situação onde se identifica o problema e, na qual se procede à recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa, definindo objetivos precisos e partir da realidade; planeamento de atividades meios e estratégias que deverão estar de acordo com os objetivos; execução das atividades planeadas; avaliação do trabalho através dos indicadores de avaliação pré-definidos; por último a divulgação dos resultados através da elaboração de um relatório final do percurso do projeto (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

#### **3.1-Objetivos, Planeamento das Atividades e Indicadores de Avaliação**

Para cada objetivo geral definido, são delineados objetivos específicos, as atividades a realizar e respetivos indicadores de avaliação.

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de Enfermeira Especialista no cuidado à pessoa idosa, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em contexto hospitalar e domiciliário, mobilizando a parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si.			
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Fase de Diagnóstico	Identificar principais implicações do internamento, na pessoa idosa;	Revisão da literatura; Identificação dos principais problemas das pessoas idosas, na literatura (SPICES);	Grau de evidência; Atualidade dos artigos;
	Contextualizar a prestação de cuidados à pessoa idosa, no domicílio.	Observação em contexto de intervenção-UCC.	Caracterização do contexto de trabalho de uma UCC.
Fase de Desenvolvimento	Avaliar implicações do internamento na pessoa idosa, ao nível da prestação de cuidados; Identificar o papel do enfermeiro especialista na intervenção à pessoa idosa no domicílio.	Elaboração de estudos de caso com planeamento de cuidados; Análise das práticas;	Elaboração de plano de cuidados de acordo com especificidade da pessoa idosa e sua limitação, tendo em conta o Modelo de Parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador; Resultados de análise das práticas.
Fase de Avaliação	Realizar avaliação multidimensional da pessoa idosa.	Avaliação multidimensional da pessoa idosa, mediante a aplicação de instrumentos de avaliação específicos; Identificação dos principais problemas das pessoas idosas.	Conhecimento e análise de instrumentos de avaliação: <i>Índice de Barthel, Mini Mental State Examination, Índice de Lawton e Brody e Mini Nutritional Assessment</i> ;



Objetivo geral 2: Desenvolver competências de Enfermeira Especialista na prestação de cuidados mobilizando a parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si, nomeadamente para prevenção da desnutrição;			
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES
fase de diagnóstico	Caracterizar a problemática da avaliação do estado nutricional da pessoa idosa que se encontra a fazer alimentação entérica.	Revisão da literatura	Grau d evidência Atualidade dos artigos Artigos de publicações conceituadas
		Apresentação do projeto de estágio, em ação de formação e em reuniões informais.	Nível de participação dos enfermeiros, na ação de formação e reuniões (%).
	Conhecer o modelo de parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si.	Pesquisa bibliográfica sobre cuidados de enfermagem em parceria, a pessoa idosa com doença crónica.	Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre cuidados de enfermagem a pessoa idosa em parceria, para a promoção do cuidado de Si.
Fase de Desenvolvimento	Realizar a avaliação do estado nutricional, em parceria com a pessoa idosa a fazer alimentação entérica no domicílio e seu cuidador familiar, para assegurar o cuidado de Si.	Avaliação multidimensional da pessoa idosa com alimentação entérica (Mini Mental State Examination, Índice de Barthel) e do seu estado nutricional mediante a aplicação do Mini Nutritional Assessment.	Aplicação de instrumentos de avaliação multidimensional aos idosos que se encontram a fazer alimentação entérica, acompanhados no domicílio, nomeadamente Mini Nutritional Assessment
		Identificação de estratégias específicas na literatura; Desenvolvimento de estratégias com a pessoa idosa e seu cuidador familiar, tendo em conta o dispositivo de alimentação entérica, para promoção do cuidado de Si.	Estabelecimento de uma estratégia com a pessoa idosa e seu familiar cuidador, tendo em conta as suas preferências e limitações específicas (ex.: plano alimentar).
		Elaboração de estudos de caso.	Estabelecimento de um plano de cuidados de acordo com as

	Definir estratégias em parceria com a pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio e seu cuidador familiar, para uma adequada prestação de cuidados tendo em conta o dispositivo de alimentação entérica, assegurando o cuidado de si.		especificidades da pessoa idosa e suas limitações, em parceria com a pessoa idosa e seu cuidador familiar.
		Elaboração de folheto informativo e esclarecimento sobre: cuidados com dispositivo de alimentação entérica, adequação da confecção da alimentação, administração de alimentos e líquidos pelo dispositivo, vigilâncias e despiste de complicações.	Fornecimento de folheto à pessoa idosa com alimentação entérica e seu cuidador familiar.
Fase de avaliação	Realizar a reavaliação do estado nutricional da pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio, em parceria com o mesmo e cuidador familiar.	Reavaliação do estado nutricional da pessoa idosa no domicílio	Existência de reavaliação do estado nutricional da pessoa idosa com alimentação entérica e sua análise.
	Identificar os contributos do modelo de parceria para a pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio e seu cuidador familiar, na promoção do cuidado de si.	Elaboração de entrevista à pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar.	Conhecimentos da pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar que lhes permitam tomar decisões sobre os cuidados a realizar, assim como de estratégias desenvolvidas através do modelo de parceria que lhes permitam prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde.

Objetivo Geral 3: Desenvolver competências de especialista na equipa de enfermagem na implementação de intervenções em parceria, para avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio e seu cuidador familiar, promovendo o cuidado de Si, para prevenção da desnutrição.

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES
Fase de Diagnóstico	<p>Integrar a equipa da UCC, no acompanhamento da pessoa idosa que se encontra a fazer alimentação entérica no domicílio, e seu cuidador familiar;</p> <p>Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem da UCC, relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa, tendo por base as ações desenvolvidas nas fases do processo de parceria</p>	<p>Observação das práticas;</p> <p>Análise dos registos de enfermagem, de forma a identificar o que se regista acerca da pessoa idosa, da avaliação do estado nutricional e prestação de cuidados em parceria.</p>	<p>Numero de registos em relação ao n.º de pessoas idosas com alimentação entérica, que apresentem uma avaliação nutricional e refitam a prestação de cuidados em parceria.</p>
Fase de Desenvolvimento	<p>Determinar com a equipa de enfermagem intervenções em parceria com a pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio e cuidador familiar, que proporcionem a melhoria do estado nutricional.</p>	<p>Realização de uma reunião com a equipa de enfermagem, onde se apresente o processo de parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar para assegurar o cuidado de si, e posteriormente se reflete sobre o mesmo;</p> <p>Apresentação do instrumento de avaliação do estado nutricional das pessoas idosas;</p> <p>Elaboração de estudos de caso.</p>	<p>Nível de participação dos enfermeiros da equipa, na reunião (%).</p> <p>Resultados de discussão de estudos de caso, através de ideias principais..</p>
Fase de Avaliação	<p>Identificar alterações e contributos na prática diária da equipa de enfermagem, no cuidado da pessoa idosa, com alimentação entérica no domicílio.</p>	<p>Avaliação final dos registos de enfermagem.</p>	<p>Uso do Mini Nutritional Assessment para avaliação do estado nutricional, por parte dos enfermeiros da UCC;</p> <p>Verificação dos registos, no sentido de aferir se a informação necessária para o modelo de parceria se encontra registada.</p>



### **3.2- Contexto de ação e recursos**

O estágio, na vertente hospitalar, será realizado num serviço de medicina interna de um hospital Central de Lisboa onde se prestam cuidados com base no Modelo de Parceria.. O projeto de Intervenção vai ser desenvolvido numa UCC de um ACES da Grande Lisboa, com a orientadora local de estágio a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Sílvia Matias. De maneira geral como recursos Humanos conta-se com a Professora Idalina Gomes como orientadora da ESEL, enfermeiros orientadores dos locais de estágio, Direção de Enfermagem, Enfermeira Coordenadora, equipa de enfermagem da UCC, e os principais participantes serão todas as pessoas idosas, nomeadamente aquelas que se encontrem a fazer alimentação entérica no domicílio. Quanto a recursos materiais e físicos: UCC, ESEL, sala de reuniões, computador, balança, fita métrica e processos clínicos.

### **3.3- Aspetos éticos**

Para a realização deste projeto é vital garantir aspetos éticos inerentes. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente, as decisões são guiadas pelo Código Deontológico, e a prática de cuidados respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, no respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de enfermagem, no respeito do cliente à privacidade, à escolha e autodeterminação, respeito pelos valores, costumes ou crenças, mantendo um processo efetivo de cuidado (OE, 2010).

Assim, apresentou-se o projeto no local onde se pretende desenvolver estágio, tendo sido considerado viável aceitaram a sua implementação. Contudo a aprovação efetiva está dependente da Direção de Enfermagem e Comissão de Ética. Pretende-se manter conduta assente nos cinco princípios fundamentais apropriados ao ser humano: o direito à autodeterminação, direito à intimidade, o direito ao anonimato, e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 1999).

Também foi pedido autorização ao Sr Enfermeiro F. Miguel, autor do projeto

descrito anteriormente, para se usar as grelhas de análise de registos e das práticas, e que se apresentam em Anexo (anexo II). Considerou-se também pertinente elaborar entrevista às pessoas idosas que irão ser acompanhadas neste projeto, numa fase de avaliação, recorrendo ao guião elaborado pelo mesmo autor (anexo IV), mas que será submetida a aceitação por parte da Comissão de ética..

### **3.4. Pontos Fortes e Pontos Fracos**

Fez-se uma análise tipo swot, para se antecipar dificuldades e pontos fortes (Apendice II). Para fazer face aos fatores condicionantes negativos que podem surgir, apostou-se durante a fase de diagnóstico de situação, no desenvolvimento de competências relacionais indo conhecer serviços novos onde estava implementado o modelo de parceria. Por outro lado ganhando experiência na aplicação de escalas de avaliação multidimensional da pessoa idosa.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto atual do envelhecimento demográfico há que adequar as respostas de cuidados às necessidades das pessoas idosas, permitindo que a pessoa idosa se mantenha no seu domicílio. Desta forma privilegiando os cuidados de apoio à vida como a base de toda a manutenção no domicílio (Collière, 2003).

Desta maneira, intervir em parceria com a pessoa idosa, que se encontra no seu domicílio a fazer alimentação entérica, no sentido de prevenir a desnutrição, permite progredir num envelhecimento mais ativo e com uma saúde energizada, promovendo a vida com qualidade, autonomia e satisfação, indo de encontro àquilo que lhe faz sentido e que a pessoa quer e deseja para si, promovendo o cuidado de Si. Cuidar no domicílio surge como um desafio, mobilizando tudo o que permite à pessoa continuar a viver apesar da entrave causada pela doença ou pela idade, através de cuidados de manutenção e de continuidade da vida (Collière, 2003).

Em síntese com este projeto pretende-se desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, na gestão da doença crónica, compreendendo a importância da parceria como intervenção de enfermagem para promover o cuidado de Si, para prestar cuidados de enfermagem dirigidos às pessoas idosas e cuidadores familiares, na perspetiva de melhoria contínua da qualidade de cuidados e capacitar equipas de enfermagem para a prevenção da desnutrição das pessoas idosas que se encontram a fazer alimentação entérica no domicílio.

## 2. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- BAPEN (The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) (2011). Annual Report: *Malnutrition most common in older women in care homes*. Acedido em 6 maio 2013. Disponível em: <<http://www.bapen.org.uk/pdfs/nsw/nsw07%5freport.pdf>>.
- Barker L., Gout B., Crowe T. (2011) Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. *International Journal Environmental Research and Public Health* (8) 514-527; doi:10.3390/ijerph8020514.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na pratica clínica de Enfermagem* (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bolsoni, B. V. (2012) O Cuidado de Si e o corpo em Michel Foucault: perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizadora. *Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul*. Brasil.
- Bub M.B.C., Medrano C., Silva C.D., Wink S., Liss P.E., Santos E.K.A. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 15:(152-157).
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Conselho Superior de Estatística (2012). Secção permanente de estatísticas sociais: relatório do grupo de trabalho de estatísticas da saúde. Acedido em 29 novembro 2012. disponível em: <http://cse.ine.pt>
- DGS (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Portugal. Obtido em 18 de Abril de 2013, disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C8DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.
- DGS (2006). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos* (Vol. II). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Emed T.C.X.S, Kronbauer A., Magnoni D. (2006) Mini-avaliação nutricional como

- indicador de diagnóstico em idosos de asilos. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica* 3(21) 219-223.
- Fairhall, et al. (2011). Treating frailty a practical guide. *BMC Medicine*, 9:83. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21733149&site=ehost-live>
- Foucault, M. (1994). *História da sexualidade: O Cuidado de Si*. Edições Graal. 8ªed. Brasília.
- Fortin, M.F. (1999) *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa. Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- Franzen E., Almeida M. A., Aliti G., Bercini R. R. , Menegon D. B. e Rabelo E. R., (2007) Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Hospital Clínicas de Porto Alegre* 27(2):28-31.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: a framework of six "marker conditions" can help focus assessment of hospitalized older patients. *Advanced Journal of Nursing*, 107 (10). 40-48.
- Gallo, et al (2001) *Assistência ao Idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. 5ª Edição Guanabara Koogan .
- Giles, L., Hawthorne, G., & Crotty, M. (2009). Health-related Quality of Life among hospitalized older people awaiting residential aged care. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 7-71. Acedido em 23 abril 2013, disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19830996&site=ehost-live>
- Gomes, I. (2013) Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre enfermeiro e doente idoso no domicílio. In Fernandes et al. (2013). *Cuidado de enfermagem à Pessoa Idosa*. Lusociência.
- Gomes, I. (2009). Cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. *Tese de Doutoramento*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.
- Gomes, I. et al (2007) *Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Gomes, I. (2002) O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: "O erro de Narciso". Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta. Lisboa

- Harris, D. G., Davies, C. G., Ward, H. H., & Haboubi, N. Y. (2008). An observational study of screening for malnutrition in elderly people living in sheltered accommodation. *Journal Of Human Nutrition & Dietetics* 21(1), 3-9.
- ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (2010) *World Health Organization*. acedido em 28 maio 2013. disponível em
- INE (2011) acedido em 27 novembro 2012, disponível em: <http://www.ine.pt/xportal>.
- Loureiro M. (2008). *Validação do Mini Nutritional assessment em idosos*. Dissertação de Mestrado: Nutrição Clínica. Coimbra.
- Lunardi VL, Lunardi WD Filho, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. (2004) O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem*; 12(6). 933-939.
- Meleis, A. (2010) *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York.
- Miguel, Francisco. (2013). *Prevenção da desnutrição do cliente idoso com alimentação entérica: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si*. Dissertação de Mestrado apresentada na ESEL. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2011) – Relatório final do Grupo Técnico para a reforma hospitalar. Os Cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança. Acedido em 29 novembro 2012 disponível em [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH\\_Nov2011.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf)
- National Institute for Health and Clinical Excellence NIHCE. (2006) *Nutrition Support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Quick Reference Guide*.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões*. Tese de Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa.
- OMS (2002) *Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older persons*. Geneva. disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/index2.html>



- OMS (2005) Chronic diseases and their common risk factors. acedido em 02 maio 2013.
- OMS (2010) ICD-10 Definição de Desnutrição acedido em 7 abril 2013. Disponível em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/E40-E48>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Penney, W., & Wellard, S. J. (2007). Hearing what older consumers say about participation in their care. *International Journal of Nursing Practice*, 13(1), 61-68. doi:10.1111/j.1440- 172X.2006.00608.x
- Pokorná A. e Chudobová L. (2011). Effectiveness of the Standardised Nutritional Support of Senior Citizens in the Institutional Care. *Journal of US-China Medical Science*. 8(9). 567- 570.
- Pordata (2013) – indicadores de envelhecimento. acedido a 8 julho 2013, disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- Presidência do Conselho de Ministros (2012). Género e Envelhecimento Planear o futuro começa agora: recomendações. *Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género*. Lisboa.
- Rist G., Miles G., Karimi L.(2012) The presence of malnutrition in community-living older adults receiving home nursing services. *Nutrition & Dietetics* (69) 46–50.
- Ruivo, M.; Ferrito C.; Nunes, L. (2010) Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. Publicação da área disciplinar de enfermagem: ESSIP Setubal (15) ISSN:1646-5067.
- Saraiva, J. (2011) *Otorrinolaringologia e Envelhecimento*. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757- 767-5.
- Silva et al. (2009) Cuidado, Autocuidado e Cuidado de Si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Escola De Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43(3) 697-703.
- Sonderhamn U., Flateland S.,Jessen L., Soderhamn O. (2011). Perceived health and risk of undernutrition: a comparison of different nutritional screening results in older patients
- Subtil, J. (2011) Disfagia In: Saraiva, J. *Otorrinolaringologia e Envelhecimento*.

Lisboa. Lidel. ISBN 978-972-757-767-5. Pág 127-136.

Taam R. ; Stieltjs C. (2012) Esperança de vida e educação permanente na terceira idade. *Acta Scientiarum*. 34.(1) 19-26

The European Nutrition for Health Alliance (2006) Malnutrition among older people in the community: policy recommendations for change. Disponível em [www.european-nutrition.org/publications.cfm](http://www.european-nutrition.org/publications.cfm).

Vanderwee, K., Clays, E., Bocquaert, I., Verhaeghe, S., Lardennois, M., Gobert, M., & Defloor, T. (2011). Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(4), 736-746. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05531.x

Waitzberg; Ravacci; Raslan (2011). Desnutrición hospitalaria. *Nutricion Hospitalaria*, 26(2). 254-264.

Wilson, N. (2011) Is nasogastric feeding an option in nursing homes? *Nursing and Residential Care* (13)8. 374-377. Acedido em 6 maio 2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=24&sid=f519cf9e-6664-40d4-8cd1-f3103c6411d9%40sessionmgr4>.



## **APÊNCICE 2**

### **REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Realizou-se uma revisão da literatura tendo por base o método de revisão sistemática da literatura, para identificar intervenções que permitissem a aquisição de competências pessoais e na equipa para promover a prevenção da desnutrição na pessoa idosa . Para o efeito elaborou-se a questão norteadora PI(C)O: *quais as intervenções de enfermagem (I), que em parceria com o idoso com AE e familiares, no domicílio (P), são promotoras do cuidado de si na prevenção da desnutrição (O)?* Foram consultados artigos científicos nas bases de dados: *Cinahl, Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews e Mediclatina*. As palavras-chave utilizadas foram: *older, elderly, aged, frail elderly, nursing interventions, nurse partnership, nursing, desnutrition, undernutrition, malnutrition, enteric feeding, tube feeding, enteric nutrition, home tube feeding*. Desta pesquisa foram analisados 4 artigos (em Apêndice).

Published Date from: 20070101-20130431; PDF Full Text; Abstract Available



### Pesquisa

nasogastric feeding OR TX enteral nutrition AND TX malnutrition AND TX elderly OR TX aged AND TX partnership AND TX nursing care – 9 artigos

<b>P</b>	<b>Participantes</b>	<i>Enfermeiros, pessoas idosas, familiares cuidadores</i>	<b>Palavras - Chave</b>	<i>older, elderly, aged, frail elderly, nursing interventions, nurse partnership, nursing, desnutrition, undernutrition, malnutrition, enteric feeding, tube feeding, enteric nutrition, home tube feeding</i>
<b>I</b>	<b>Intervenções</b>	<i>Intervenções de enfermagem em parceria para promoção do cuidado de si ou para assumir o cuidado do outro</i>		
<b>(C)O</b>	<b>Outcomes</b>	<i>Prevenção da desnutrição</i>		

<b>Crítérios de Seleção</b>	<b>Crítérios de Inclusão</b>	<b>Crítérios de Exclusão</b>
<b>Participantes</b>	Enfermeiros e Pessoa idosa com idade superior ou igual a 65 anos.	Pessoa com idade inferior a 65 anos.
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Estudos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa com alimentação entérica	
<b>Desenho</b>	- Todos os estudos com abordagem qualitativa.	- Artigos não disponíveis em texto integral ( <i>full text</i> ); - Textos sem metodologia científica; - Estudos com métodos quantitativos.

A análise da evidência dos artigos selecionados foi efetuada considerando os seguintes níveis de evidência (Guyatt e Rennie, 2002):

---

Nível I – revisões sistemáticas (meta análises/linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas);

Nível II – estudo experimental;

Nível III – estudos quasi-experimentais;

Nível IV – estudos não experimentais;

Nível V – relatório de avaliação de programa/ revisões de literatura;

Nível VI – opiniões de autoridades / painéis de consenso.

---

Desta pesquisa resultaram 5 artigos que se descrevem em seguida.

## APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De modo a ilustrar a metodologia e os artigos que constituem o corpo de análise, à realização da presente revisão da literatura (tendo por base o método de revisão sistemática da literatura), elaborou-se um quadro, onde se apresentam os conteúdos, o nível de evidência e os resultados que surgem de cada artigo.

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO 1</b>	Fogg, L. Home enteral feeding part1: an overview. British Journal of Community Nursing. 12(6). 246-251. (2007)
<b>FINALIDADE DO ESTUDO</b>	Abordar pontos-chave, a ter em conta quando os enfermeiros lidam com idosos a fazer alimentação entérica no domicílio, de modo a prevenir complicações e desnutrição.
<b>PARTICIPANTES</b>	N/D
<b>INTERVENÇÕES</b>	É feita uma abordagem geral sobre os cuidados a ter com as pessoas idosas que se encontram a fazer alimentação entérica no domicílio, nomeadamente monitorização de parâmetros relacionados com a qualidade e quantidade da alimentação entérica e com a especificidade das características do idoso. Fazer esta monitorização/vigilância na comunidade é essencial para assegurar a adequação da alimentação entérica, particularmente em relação à condição clínica, estado nutricional e função gastrointestinal.
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Nível de Evidência VI
<b>RESULTADOS/IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</b>	<p>Dependendo do tipo de dispositivo para alimentação entérica (gastrostomia, jejunostomia, sonda naso gástrica) assim deve ser o tipo de alimentação administrada e o manuseamento adequado. As indicações, via de administração, riscos, benefícios e objetivos da alimentação entérica, devem verificar-se em intervalos de tempo regulares para assegurar que o plano nutricional está de acordo com as necessidades do idoso.</p> <p>Os idosos e cuidadores devem estar despertos para reconhecer e responder a mudanças que possam interferir negativamente no bem-estar da pessoa idosa, pelo que é fundamental conhecer quais as necessidades de ensino do idoso ou cuidador, para capacitá-los.</p> <p>A vigilância dos idosos que estão a alimentação entérica no domicílio deve incidir sobre os seguintes parâmetros: Aporte nutricional; Aporte de líquidos; Peso; Circunferência do antebraço (mensalmente, caso o peso não possa ser avaliado); A função gastrointestinal; O estoma e pele peri-estomal; Correto posicionamento do tubo, e o volume do balão da sonda (caso exista); Higiene oral diária.</p> <p>Durante a administração de alimentação deve posicionar-se o idoso sentado pelo menos a 30°.</p> <p>Antes e após a administração de alimentação e/ou medicação, deve-se administrar água, para prevenir obstrução.</p> <p>A medicação deve ser a mais ajustada possível, em solução ou comprimidos dispersíveis.</p> <p>Periodicamente deve avaliar-se a adequação do plano alimentar, relativamente às atividades diárias do idoso, em colaboração com outros profissionais de saúde.</p> <p>A escolha da forma de administração da alimentação entérica deve ser adequada ao estilo de vida do idoso e constituir a sua própria escolha, quando possível.</p> <p>Quando se trata de sonda Peg, deve vigiar-se sinais de infeção no local do estoma, e está recomendada a rotação regular para evitar aderências da sonda na parede gástrica.</p>

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO 2</b>	Hitchings, H; Best, C.; Steed, I. (2010) Home Enteral tube feeding in older people: Consideration of the issues. <i>British journal of Nursing</i> . 19(18) 1150-1154. (2010)
<b>FINALIDADE DO ESTUDO</b>	Abordar principais problemas que ocorrem quando as pessoas idosas que se encontram a fazer alimentação entérica têm alta do hospital para casa. Um dos aspetos fundamentais diz respeito aos ensinamentos necessários para capacitar a pessoa e/ou cuidador para gerir a alimentação entérica em casa e prevenir complicações, conferindo-lhes segurança para a aprendizagem, reduzindo os seus níveis de ansiedade e prevenindo a recorrência aos serviços de saúde.
<b>PARTICIPANTES</b>	N/D
<b>INTERVENÇÕES</b>	Abordam a importância do planeamento da alta do hospital, que passa pelos ensinamentos ao idoso e seu cuidador, num processo em que a pessoa tem um papel ativo na tomada de decisão; assim como a importância de um acompanhamento contínuo para prevenir elevados níveis de ansiedade e complicações decorrentes da má utilização da sonda ou má administração da alimentação.
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Nível de Evidência VI
<b>RESULTADOS/IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</b>	<p>No planeamento da alta, para além da identificação das necessidades das pessoas idosa/cuidador, é importante avaliar o seu ambiente familiar, a estabilidade da condição clínica, as suas competências psicomotoras e a sua capacidade para perceber e reter a informação. Assim, as intervenções educativas devem começar logo que possível, assegurando que idoso/cuidador desenvolvem competências para agir em segurança, tendo o enfermeiro como recurso.</p> <p>O ensino deverá ser efetuado sempre que possível a mais do que um cuidador, e deve contemplar aspetos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-manuseamento e administração da alimentação através da sonda, em que o treino torna as pessoas mais independentes, conferindo-lhes segurança (estas orientações devem ser avaliadas periodicamente com a pessoa idosa e/ou cuidador);</li> <li>-principais complicações que possam surgir com a administração da AE e de como lidar com as mesmas;</li> <li>-contactos telefónicos, para esclarecimento de dúvidas;</li> <li>-existência de algumas restrições especiais que o idoso apresente em termos de medicação, restrição de líquidos ou de determinados alimentos.</li> </ul> <p>Deve-se alertar o idoso/cuidador, que as suas necessidades nutricionais podem alterar-se, e que existem sinais que podem predizer essas alterações, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a forma como a roupa assenta no corpo (mais apertada ou mais larga), assim como anéis, relógios e prótese dentária;</li> <li>-sinais de desidratação (cavidade oral seca, olhos encovados, pele frágil/prega cutânea, prostração, confusão, entre outros);</li> <li>-presença de edemas (pode mascarar perda de massa corporal);</li> <li>-redução da mobilidade ou apatia, que poderá demonstrar início de desnutrição;</li> <li>-o desenvolvimento de feridas e úlceras de pressão.</li> </ul> <p>É essencial que os enfermeiros considerem as necessidades individuais para assegurar adequados cuidados, pelo que há questões a ter em conta:</p> <p><b>Questões psicológicas</b></p> <p>Com a presença de um tubo para alimentação entérica há uma alteração da imagem corporal, que pode originar problemas de aceitação. Por vezes manifesta-se na relutância em olhar para a sonda, na tentativa de a remover ou mesmo que não deixe que ninguém se aproxime para alimentá-lo. Assim, é essencial adequar o método de administração e a quantidade de alimentos de forma a minimizar o impacto negativo no idoso. Em alguns casos pode mesmo mudar-se o dispositivo de administração, ou ponderar se continua caso o idoso se mantenha desconfortável.</p>

	<p><b>Questões sociais</b></p> <p>As refeições permitem estruturar e organizar o tempo ao longo do dia. A inexistência do período de refeições e da ingestão oral, poderá afetar as interações sociais do idoso, deve-se portanto, adequar o método, os horários e a quantidade de alimentos, para que o idoso se sinta confortável.</p> <p><b>Questões físicas</b></p> <p>Deve-se avaliar a capacidade física do idoso, caso seja independente, pois poderá não conseguir ter a mobilidade ou visão necessária para efetuar a técnica de administração de alimentos, ou prepará-los. Deste modo, sempre que possível, deve adaptar-se os instrumentos, para que se mantenha independente ou providenciar o apoio necessário ao nível da comunidade, para que o plano alimentar seja cumprido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É importante alertar o idoso e seu cuidador para o risco de aspiração de conteúdo gástrico, reforçando a importância da alimentação não se efetuar com o idoso totalmente em decúbito dorsal.</li> <li>• No caso de surgirem náuseas e distensão abdominal, verificar com o idoso e cuidador: <ul style="list-style-type: none"> <li>-se a administração de alimentos foi efetuada de uma forma rápida, tentando adequar a sua administração à tolerância do idoso;</li> <li>-verificar se a alimentação foi administrada com o idoso num ângulo de pelo menos 30°;</li> <li>-averiguar se inadvertidamente se administrou ar, pela seringa, e demonstrar ao idoso e ou cuidador a técnica correta de administração;</li> <li>- Verificar se tem apresentado obstipação, questionando-os acerca das possíveis causas: medicação, desidratação, poucas fibras no plano alimentar, diminuição de mobilidade, entre outras, tentando em conjunto com o idoso e/ou cuidador eliminar as causas identificadas.</li> <li>• Quando surge diarreia, verificar com o idoso e/ou seu cuidador: <ul style="list-style-type: none"> <li>-se é algum efeito secundário de medicação;</li> <li>-se administrou rapidamente a alimentação;</li> <li>-se administrou a alimentação demasiado fria.</li> <li>• Ao nível da terapêutica deve-se ter em conta a polimedicação, habitual no idoso, que pode interagir com a nutrição do mesmo. Dessa forma deve-se efetuar uma vigilância regular da medicação do idoso. <ul style="list-style-type: none"> <li>- conhecer a forma de preparação para a administração por sonda e quais os riscos de interações entre medicamentos;</li> <li>- optar por medicação que se encontre adaptada à administração por sonda;</li> <li>- Alertar para o facto da administração dos alimentos juntamente com a medicação poder potenciar ou inibir o seu efeito;</li> <li>- Advertir que alguns medicamentos podem ficar agarrados às paredes da sonda, aumentando a possibilidade de obstrução e reduzindo o efeito desejado</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
--	--

<b>DENTIFICAÇÃO DO ESTUDO 3</b>	<p><b>Wilson (2011)</b> Is nasogastric feeding an option in nursing homes? <i>Nursing &amp; Residential Care</i></p>
<b>OBJETIVOS DO ESTUDO</b>	<p>Informar os enfermeiros acerca da AE e dos cuidados a terem com as sondas nasogástricas para evitar complicações relacionadas com as mesmas</p>
<b>PARTICIPANTES</b>	<p>N/D</p>
<b>INTERVENÇÕES</b>	<p>Aborda a importância de uma monitorização nutricional através de instrumentos de avaliação nutricional validados, para diminuir o risco de desnutrição. Refere também a importância de se implementarem medidas que comprovem a localização da sonda, para que se evitem complicações. Proporcionar informação às instituições, acerca do manuseamento da sonda nasogástrica, fornecendo contactos telefónicos para esclarecimento de dúvidas.</p>

<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Nível de Evidência VI
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para se diminuir o risco de desnutrição, deve-se efetuar a monitorização nutricional através de instrumentos de avaliação nutricional, devendo esta monitorização ser transversal em toda a tipologia de cuidados que são prestados ao idoso.</li> <li>• Esta monitorização deve igualmente complementar outras formas de avaliação de enfermagem, tais como a aplicação de modelos teóricos de enfermagem.</li> <li>• Quando a AE é efetuada através de sonda nasogástrica, deve ter-se alguns cuidados com a sua localização, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao nível da sua inserção no nariz, e após confirmação que se encontra dentro do estômago, fixar a marca e/ou numeração e verificá-la regularmente;</li> <li>- Verificar o pH do conteúdo da sonda (que deve ser inferior a 5,5) tendo em atenção que alguma medicação pode diminuir a acidez do estômago;</li> <li>- Se necessário colocar um laço nasal, de modo a diminuir o risco de deslocamento da sonda.</li> </ul> </li> <li>• Devem-se fornecer contactos telefónicos aos quais se possa recorrer, no caso de existirem problemas com a sonda ou de surgirem dúvidas.</li> <li>• Efetuar um <i>follow up</i> periódico para verificar se o plano alimentar se encontra adequado, às necessidades do idoso, verificando a pertinência da permanência da sonda nasogástrica ou se existe necessidade de colocar outro tipo de dispositivo de administração de AE, mais adequado à situação do idoso.</li> </ul>

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO 4</b>	<b>Best, C.; Hitchings, H. (2010)</b> <i>Enteral tube feeding - from hospital to home</i> <i>British Journal of Nursing, 2010, Vol 19, No 3</i>
<b>FINALIDADE DO ESTUDO</b>	Abordar a importância da preparação da pessoa idosa e cuidador para gerir a alimentação entérica no domicílio, de modo a prevenir complicações mais comuns que possam ocorrer.
<b>PARTICIPANTES</b>	N/D
<b>INTERVENÇÕES</b>	Este artigo aborda algumas das questões que surgem quando as pessoas idosas têm necessidade de alimentação entérica, enquanto internadas e depois precisam fazer a transição para casa, e assumir os cuidados. Estas questões incluem o conhecimento que é necessário para habilitar o próprio e cuidador a manusear o dispositivo com segurança, e gerir esta forma de se alimentar, assim como chamar atenção para problemas mais comuns que podem ocorrer. Deve iniciar-se o mais precocemente possível, ainda em internamento.
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Nível de Evidência VI

<b>RESULTADOS/IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</b>	<p>É importante a pessoa idosa com alimentação entérica seja encorajado a participar em cuidar da sua própria saúde e compreender o papel que desempenha no processo de tomada de decisão, quando em contexto hospitalar, mesmo antes do regresso a casa.</p> <p>O planeamento da alta deve iniciar-se o mais precocemente possível, para minimizar o risco de complicações, e passa por uma avaliação das necessidades da pessoa, do cuidador e do seu ambiente em casa. É necessário uma avaliação também das habilidades psicomotoras da pessoa idosa e da sua capacidade para compreender e reter informação, fundamentais para ensinar e treinar.</p> <p><b>Intervenções educativas e treino:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados com o tubo de alimentação e local: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de acordo com o tipo de tubo de alimentação;</li> <li>- verificar a posição da sonda nasogástrica</li> <li>- como proceder caso a gastrostomia seja removida acidentalmente.</li> </ul> </li> <li>- Administração da alimentação: <ul style="list-style-type: none"> <li>- que quantidade dar e em quantas vezes ao dia;</li> <li>- Que tipo de alimentação;</li> <li>- método de administração da alimentação;</li> </ul> </li> <li>- Como lavar o tubo de alimentação (flush);</li> <li>- Como administrar medicamentos;</li> <li>- Como usar uma bomba de alimentação, se necessário</li> <li>- Como atuar perante os problemas comuns relacionados com tubos de alimentação entérica (acessórios desgastados, fugas de líquido, fistulas, sinais inflamatórios no local de inserção da PEG, má conexão da seringa com o tubo, bloqueio do tubo, etc)</li> </ul> <p>No momento da alta a <b>enfermeira deve providenciar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentação entérica para 7 dias, tal como recomendado pelas dietistas;</li> <li>- Um plano alimentar escrito;</li> <li>- Seringas e restante material necessário (ex tampas);</li> <li>- Literatura sobre como cuidar do tubo;</li> <li>- Detalhes de contato da equipa de saúde para o caso de ocorrerem em caso de problemas em casa.</li> </ul>
--	--

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO 5</b>	Collins K, Gaffney L, Tan J, Roberts S, Nyulasi I. (2013) Gastrostomy guidelines: an Evidence Check rapid review Sax Institute ( <a href="http://www.saxinstitute.org.au">http://www.saxinstitute.org.au</a> ) for the NSW Agency for Clinical Innovation,
<b>FINALIDADE DO ESTUDO</b>	Elaborar um documento que contemple as questões principais sobre os cuidados com PEG, incluindo todas as recomendações pertinentes assim como as lacunas existentes na evidência.
<b>PARTICIPANTES</b>	N/D
<b>INTERVENÇÕES</b>	Pretende-se encontrar respostas para as principais questões que se colocam sobre os cuidados com PEG.
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Nível de evidência V



<p><b>RESULTADOS/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</b></p>	<p><b>Questão: Qual o Tempo ideal, o conteúdo e o método de educação da pessoa idosa com gastrostomia?</b></p> <p>A preparação deve iniciar-se ainda antes da alta hospitalar, por membros da equipe multidisciplinar, e deve incluir informações verbais e escritas, relativas à gestão do seu tubo de alimentação de gastrostomia. Deve ser facultado contato em caso de emergência.</p> <p><u>A formação e informação, sobre os cuidados com gastrostomia devem incluir:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informações sobre o dispositivo: tipo de tubo, volume do balão se for o caso, medida do tubo, quando trocar;</li> <li>- cuidados com estoma: verificação do estoma diariamente para garantir que não há fugas, nem infecção; limpeza diária do estoma com água morna e sabão, enxágüar e secar bem; rotação diária;</li> <li>- cuidados na preparação da AE: recomendações de controle de infecção pela lavagem das mãos,</li> <li>- cuidados na administração da AE: verificar conteúdo gástrico antes, assim como temperatura dos alimentos preparados e posição da pessoa (sentado ou semi-sentado); Durante a administração controlar a velocidade, dando lentamente; após lavar sempre com água para evitar obstrução e certificar que o dispositivo está bem fechado para evitar extravazamentos.</li> </ul>
--	---

Após a análise dos artigos, verificou-se que estes apontam aspectos chave para a intervenção junto das pessoas idosas com AE, para prevenir desnutrição e consequentemente outras complicações.

Obtiveram-se **2 aspetos chave de intervenção:**

- 1) *intervenções educativas junto do idoso e familiar cuidador, para o desenvolvimento de capacidades;*
- 2) *vigilância e avaliação periódica do risco nutricional, para prevenção de complicações;*

O primeiro aspeto prende-se com a alteração imposta por esta nova forma de se alimentar, exigindo intervenções educativas capazes de transformar capacidades potenciais em capacidades reais. O segundo diz respeito às intervenções descritas na literatura, que permitem uma adequada vigilância e prevenção de complicações, salientando a importância da avaliação do estado nutricional, para prevenir desnutrição.

- 1) *Intervenções educativas junto do idoso e familiar cuidador, para o desenvolvimento de capacidades*

As intervenções educativas devem começar logo que possível, assegurando que idoso e cuidador familiar desenvolvem competências (Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010), e que a pessoa idosa com AE é encorajada a participar em cuidar da sua própria saúde e compreender o papel que desempenha no processo de tomada de decisão (Best, C.; Hitchings, H., 2010). Desta forma ganham segurança na sua atuação, e têm o enfermeiro como recurso.

Começam com a identificação das necessidades das pessoas idosas e do cuidador familiar, o que incluiu avaliar o seu ambiente familiar, a estabilidade da condição clínica, as suas competências psicomotoras e a sua capacidade para perceber e reter a informação (Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010). Se possível, o ensino deverá ser efetuado a mais do que um cuidador (Fogg, 2007; Hitchings, H; Best, C.; Steed, I., 2010). Deve contemplar uma etapa de treino: com manuseamento e administração da alimentação através da sonda, depois de demonstração, para que sintam segurança em situação real (Fogg, 2007).

Paralelamente, devem ser fornecidos contactos telefónicos aos quais possam recorrer, no caso de existirem problemas com a sonda ou de surgirem dúvidas (Wilson, 2011), assim como um plano alimentar escrito e literatura sobre os cuidados a ter (Best, C; Hitchings, H., 2010; Collins K, Gaffney L, Tan J, Roberts S, Nyulasi I., 2013).

Deve-se informar o idoso e cuidador familiar sobre as suas necessidades nutricionais, que estas podem alterar-se, assim como os sinais que podem predizer essas alterações. Estes podem ser: a forma como a roupa assenta no corpo (mais apertada ou mais larga), assim como anéis, relógios e prótese dentária que ao ficarem mais largas pode ser indicativo de perda de peso; sinais de desidratação: cavidade oral seca, olhos encovados, pele seca, prega cutânea, prostração e confusão; presença de edemas pode mascarar perda de massa corporal; redução da mobilidade ou apatia, poderá demonstrar início de desnutrição; o desenvolvimento de feridas e úlceras de pressão, ou a sua difícil cicatrização estão relacionados com estado nutricional (Fogg, 2007).

## *2 ) Vigilância e avaliação periódica do risco nutricional, para prevenção de complicações;*

Com a introdução da AE surgem novas necessidades na vida das pessoas idosas e familiar cuidador e grandes desafios para o enfermeiro na vigilância e prevenção de complicações (Best, C.; Hitchings, H., 2010).

Para se diminuir o risco de desnutrição e assegurar a adequação da AE, deve efetuar-se a monitorização nutricional através de instrumentos de avaliação nutricional (Fogg, 2007; Wilson, 2011). Neste sentido a vigilância dos idosos que estão com AE no domicílio, pode incidir sobre os seguintes parâmetros: aporte nutricional; aporte de líquidos; peso; circunferência do antebraço (mensalmente, caso o peso não possa ser avaliado); a função gastrointestinal; o estoma e pele peri-

estoma; correto posicionamento do tubo, e o volume do balão da sonda (caso exista); higiene oral diária (Fogg, 2007). Por outro lado para assegurar que o plano nutricional está de acordo com as necessidades do idoso devem verificar-se em intervalos de tempo regulares: as indicações, via de administração, riscos, benefícios e objetivos da AE (Fogg, 2007).

Podem surgir como complicações mais frequentes: náuseas e distensão abdominal, diarreia, exteriorização ou obstrução do dispositivo, sinais inflamatórios do local de inserção da PEG, alterações da pele do nariz onde está inserida a SNG, desadequação do plano alimentar para as necessidades nutricionais do idoso, deterioração dos dispositivos (Fogg, 2007; Best, C.; Hitchings, H., 2010; Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010; Wilson, 2011).

Quando ocorre náusea e distensão abdominal poderá estar relacionado com má técnica de administração da alimentação, como por exemplo: velocidade demasiado rápida, ar administrado inadvertidamente, não verificação do conteúdo alimentar antes de iniciar a administração, demasiado volume de alimentos na refeição, posicionamento do idoso com cabeceira elevada a menos de 30°, devendo manter-se durante e após a administração da AE, em posição sentado. Também a diarreia está associada a má técnica de administração, insuficientes cuidados de higiene na confecção e administração, ou desadequação do plano alimentar (Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010; Collins K, Gaffney L, Tan J, Roberts S, Nyulasi I., 2013)

É importante, que a par destas causas, se vigiem efeitos secundários da medicação e se tenha presente que a polimedicação do idoso pode influenciar a nutrição do mesmo. Dessa forma deve-se efetuar uma vigilância regular da medicação: conhecer a forma de preparação para a administração por sonda e quais os riscos de interações entre medicamentos; optar por medicação adaptada à administração por sonda; alertar para o facto da administração dos alimentos juntamente com a medicação poder potenciar ou inibir o seu efeito; advertir que alguns medicamentos podem ficar agarrados às paredes da sonda, aumentando a possibilidade de obstrução e reduzindo o efeito desejado (Hitchings, H; Best, C; Steed, I., 2010).

No caso de ocorrer exteriorização acidental do dispositivo é importante que quer o idoso, quer o familiar cuidador recorram aos contactos telefónicos fornecidos e não entrem em pânico. No caso de obstrução deverão conhecer algumas

estratégias que podem resolver a mesma: utilizar uma seringa com água tépida e ir injectando, até diminuir a resistência, e lavar sempre o tubo no final de cada refeição.

No caso de se tratar de uma gastrostomia deve vigiar-se diariamente o local de inserção, para despistar sinais inflamatórios, fugas, fístulas, fazer uma correta higiene com água e sabão e secar muito bem, assim como fazer a rotação do tubo diariamente (Collins K, Gaffney L, Tan J, Roberts S, Nyulasi I., 2013). Se se tratar de SNG, os cuidados prendem-se com os cuidados à pele do nariz verificar a posição da sonda nasogástrica, confirmando a sua inserção no estomago através auscultação de ar introduzido no estomago, com estetoscópio, e aspiração de conteúdo gástrico (Best, C.; Hitchings, H., 2010).

As intervenções promotoras do cuidado de si, na prevenção da desnutrição, em parceria com a pessoa idosa com AE e familiar cuidador, assentam no ensino, com demonstração e treino para o desenvolvimento de capacidades, e na avaliação periódica do risco nutricional e vigilância, com especial atenção para a prevenção de complicações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Best, C.; Hitchings, H. (2010) Enteral tube feeding -- from hospital to home. *British Journal of Nursing* 19(3) 174-179. Acedido a 08/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&hid=7&sid=26f67771-540b-4efa-a0c8-547b01a00faf%40sessionmgr114>
- Collins K, Gaffney L, Tan J, Roberts S, Nyulasi I. (2013). Gastrostomy guidelines: an Evidence Check rapid review. Sax Institute for the NSW Agency for Clinical Innovation. *The Alfred Hospital's Nutrition and Gastroenterology departments* Disponível em <https://www.saxinstitute.org.au/wp-content/uploads/Gastrostomy-guidelines-a-rapid-review.pdf>.
- Fogg, L. (2012) Home enteral feeding part 1: an overview. *British Journal of Community Nursing* 12(6) 246, 248, 250-2. Acedido a 08/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=7&sid=71dc9cde-7500-4562-894e-d72b52603b71%40sessionmgr15>
- Guyatt G.; Rennie D. (2002). Users Guides: essentials of evidence-based clinical practice. American Medical Association. Chicago: EUA. ISBN 1-57947-174-9.

Hitchings, H. Best, C.; Steed, I (2010) Home enteral tube feeding in older people: consideration of the issues. *British Journal of Nursing* 19(18). 1150-1154. Acedido a 08/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=7&sid=26f67771-540b-4efa-a0c8-547b01a00faf%40sessionmgr114>

Wilson, Neil (2011) Is nasogastric feeding an option in nursing homes? *Nursing & Residential Care*. 13(8) p. 374-377. Acedido a 08/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=24&sid=f519cf9e-6664-40d4-8cd1-f3103c6411d9%40sessionmgr4>

### **APÊNCICE 3**

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS SEGUNDO MODELO DE PARCERIA  
E SUA ANÁLISE

## NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 1

Data 4 nov 2013

Local – casa da D. A.

Hora – 10:30

Interação – 1ªVD pós colocação de PEG.

Objetivo – Observar a prestação de cuidados de uma Enf.<sup>a</sup> em Visita domiciliária, tendo em conta o Modelo de Parceria de Gomes

Descrição da situação	Comentários Análise e reflexão da situação
<p>A Sra A. Tem 89 anos de idade, vive em casa própria com o marido. Tem uma cuidadora formal durante o dia de 2ª a 6ª, e tem três filhos que são cuidadores informais durante o fim de semana e à noite, sendo que estabelecem entre si, períodos de uma semana em que assumem os cuidados. É dependente nas AVDs. Alimentada por SNG desde Julho 2013 e colocou PEG dia 30/10. A D. A. Encontrava-se acamada, com a fralda muito encharcada que passava para a roupa, pele íntegra. Colchão anti-escaras, cama com grades elevadas, articulada, num quarto amplo, onde noutra cama dorme o marido, com luz natural</p> <p>Enfª- Bom dia D. F. podemos entrar?</p> <p>Sra F. Entre Sra Enfermeira.</p> <p>Enfª – Então como está a D. A? colocou a Peg, como é que correu?</p> <p>Sra F. – Ficou lá um dia , mas correu tudo bem ao que parece. Está na mesma.</p> <p>Enf. E ela tem estado confortável, ou mais inquieta ou agitada? Notaram alguma alteração?</p> <p>Sra F. Acho que até está mais calma Sr Enfermeira.</p> <p>Enª E fizeram alguma alteração na medicação da D.A.?</p> <p>SraF. Não, está tudo igual.</p> <p>EnF Muito bem. Então e como está a correr a alimentação com o novo dispositivo?</p> <p>Sra – Olhe Sra Enfª é mais ou menos como a sonda mas o tubinho é mais largo. Deram-nos um papel mas que ainda não vi bem. (Mostra plano alimentar dado no hospital aquando da colocação da Peg).</p> <p>Enfª- então e hoje já deu o pequeno almoço à D. A.?</p> <p>SraF. Hoje ainda não, porque ainda não tive tempo.</p> <p>Enfª – Pois compreendo, mas já são 10:30 e ela já está sem comer há muitas horas, não é? Costumam fazer a ceia a que horas?</p> <p>Sr F. olhe não sei bem, porque às vezes fazem, às vezes não.</p> <p>Enfª Bom, precisamos de nos sentar a conversar com todos, para nos organizarmos acerca dos horários, da comida, da hidratação e dos cuidados (de higiene e conforto) com a fralda e posicionamentos da D. A. principalmente durante as refeições e à noite.</p> <p>Sra F. pois é Sra Enfermeira, tem razão, mas não é fácil porque cada filho tem a sua vida e cada um faz à sua maneira.</p> <p>Enfª- Tem razão D. F. mas vamos tentar. Mas e você, como é que a podemos ajudar agora?</p>	<p>A enfermeira já conhecia esta pessoa idosa, no seu contexto de vida, já acompanha esta família há muito tempo. Tem uma boa relação com a cuidadora formal e conhece os cuidadores informais, embora quem esteja presente nas visitas seja a cuidadora formal e pontualmente algum cuidador informal.</p> <p>Segundo o modelo de Parceria de Gomes (2009) quando a pessoa idosa é dependente, a estratégia inclui a construção de uma ação conjunta com o cuidador de forma a prepará-lo para cuidar desse idoso como se fosse ele próprio, caso tivesse capacidade para o fazer.</p> <p>Nesta situação específica a Enf observou todo o contexto para perceber se o ambiente oferecia segurança para a pessoa idosa e também para a cuidadora, para avaliar como é que os cuidados estão a ser prestados e se houve alterações.</p> <p>Procurou informação para conhecer a pessoa idosa após uma alteração da sua vida que foi a colocação de PEG, assim como procurou perceber junto do cuidador que dificuldades estava a sentir, sabendo que tinha havido uma preparação para esta mudança. Há medida que sonda conhecimentos também ela vai partilhando informação oportunamente, alertando a cuidadora para prevenção de complicações. A cuidadora tem uma atitude de abertura, a enf demonstra disponibilidade e empatia, com uma atitude centrada na Sr A. e cuidadora <b>(Revelar-se)</b>.</p> <p>As questões colocadas à cuidadora, promovem a reflexão sobre os seus</p>

<p>Sra F. olhe SrA Enfª por ex eles deram estes papéis, aqui diz para dar o pequeno almoço às 9h, mas eu a essa hora não consigo.</p> <p>Sra A. Estes horários são para se guiar, não é para complicar, mas tem que ter presente que ela não pode estar em jejum tão prolongada à noite e tem que ir fazendo refeições intermédias entre as refeições principais e dar muita água, controlando com a medida de uma garrafa de água (que está na mesinha de cabeceira).</p> <p>Sra F. ah é? Eu vou-lhe dando daquela água da garrafa.</p> <p>Enfª vamos combinar uma coisa: vai registar num papel ao longo do dia as horas que dá a alimentação, pode ser?</p> <p>Sra F. Vou tentar, mas olhe Sra Enfermeira, ali o penso (do local de inserção da PEG) parece que tem sangue, é normal?</p> <p>Enfª – Vamos ver, eu vou fazer o penso, mas é normal que nos primeiros dias possa ter sangrado um bocadinho, até porque a D. A. faz medicação para a coagulação do sangue e que interfere. Mas tem bom aspeto, não tem sinais inflamatórios, aparentemente está tudo bem, contudo temos sempre que estar atentos e qualquer dúvida podem sempre ligar para o contato da Unidade, mesmo no fim de semana.</p> <p>Sra F. Eu vou transmitir aos filhos Sª Enfermeira.</p> <p>Enf. Então e voltando à alimentação, como é que tem feito, recorde-me lá?</p> <p>SraF. Coloco a seringa e puxo para ver se vem comida, para ver se fez a digestão. Depois aspiro a sopa, se for almoço, e introduzo, e faço assim até acabar. No final passo um bocadinho de água para lavar o tubo e fecho nesta molinha.</p> <p>Enfª Então e na sopa põem o quê?</p> <p>Sra F. faço uma boa sopa com legumes e ponho carne ou pedaço de peixe, tudo bem passado, como já fazia antes.</p> <p>Enfª E quando dá a sopa ainda está muito quente?</p> <p>Sra F. não, Sra Enfªe espero que arrefeça, enquanto ajudo o Sr. J. a comer a sopa dele, a sopa dela arrefece. Depois lavo a seringa muito bem e guardo.</p> <p>Enfª Atenção, porque as seringas são para utilizar e no máximo ao fim de 7 dias deitar fora, nós vamos trazendo material necessário para cada mês, ok?</p> <p>Sra F. mas às vezes há umas seringas mais jeitosas que outras, e eu guardava essas mais tempo.</p> <p>Enfª não pode D. F. por uma questão de higiene, podendo haver riscos para a saúde da D. A. Posso ajudá-la em mais alguma coisa?</p> <p>Sra F. por agora não me lembro de mais nada.</p> <p>Enfª Pronto, muito bem, a D.F está fazer um bom trabalho, a D. A. é muito bem cuidada. Nós voltamos na 5ªfeira e continuaremos a falar sobre estas questões, vou pedir aos filhos para tentarmos marcar um dia, que todos nos sentemos para falar e esclarecer dúvidas, para todos fazermos da mesma maneira e sempre bem feitinho, está bem? Para o melhor bem-estar da D. A.</p> <p>Srª F. Obrigada Sra Enf, até 5ª.</p>	<p>comportamentos, mobiliza conhecimentos e reflete sobre a ação e constrói um novo conhecimento mis sustentado e que melhor a capacita para continuar a assegurar o cuidado que o outro teria se tivesse capacidade para decidir, permitindo-lhe continuar com o seu projeto de vida.</p> <p>Espera-se o desenvolvimento de estratégias que promovam as capacidades pessoais no contexto de doença.Foram estabelecidas estratégias conjuntas, em que a cuidadora e enfermeira se comprmeteram num planeamento conjunto de ações para atingir metas comuns, promovendo a responsabilização, capacitação e autonomia da cuidadora <b>(Capacitar e possibilitar)</b>.</p> <p>Assim, a capacitação da cuidadora no sentido de perceber e enquadrar as modificações refletidas é essencial, para que a mesma possa agir em conformidade.</p> <p>A Enfª mostrou-se disponível e reforçou os contatos, reforçando-se como um recurso para a D. A. e cuidadores, permitindo assim assegurar o cuidado do outro.</p>
---	--



## NOTA DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 2

Data 11 novembro 2013

Local – casa do Sr M.

Hora – 11h

Interação – VD

Objetivo – Observar a prestação de cuidados de uma Enf.<sup>a</sup> em Visita domiciliária, tendo em conta o Modelo de Parceria de Gomes

Descrição da situação	Comentários Análise e reflexão da situação
<p>O sr M. tem 65 anos de idade, foi-lhe diagnosticado ELA há 9 meses, desde então é dependente em todas as atividades de vida diárias, e encontra-se ventilado. Segundo a esposa está consciente, reconhece as pessoas e expressa-se com o olhar. Tem PEG para alimentação entérica. A cuidadora principal é a filha e a esposa. Coabitam lá em casa a esposa, a filha e dois netos. Encontra-se acamado, no seu quarto, amplo e bem arejado. Tem cama articulada, colchão anti-escaras, grades laterais elevadas.</p> <p>Enf<sup>a</sup> Bom dia Sr M. Bom dia Sra AA. Então como tem passado o Sr M?</p> <p>Sra AA olá Sra Enf<sup>a</sup>, tem tido muita expetoração, ainda agora o estive a aspirar. Agora parece mais tranquilo. Também o virámos mesmo agora, eu e a minha filha. Já estamos muito habituadas.</p> <p>Enf<sup>a</sup> Muito bem, e em termos de alimentação, como tem corrido?</p> <p>Sra AA olhe Sra Enf. Acho que nos estamos a ajeitar.</p> <p>Enf. Vamos então ver como está a PEG.</p> <p>Sra AA. Parece que está tudo bem.</p> <p>Enf. Sim, à volta a pele está íntegra, o tubo está bem lavado. O que já fez hoje?</p> <p>Sra AA. Olhe, dei-lhe ao pequeno almoço uma papa. Ontem fiz-lhe sopa de peixe para o jantar e a fruta, e antes de me deitar ainda lhe dei um copo de leite.</p> <p>Enf. Então quantas refeições é que está a fazer?</p> <p>Sra AA pelo menos 5, de manhã a papa, ao almoço sopa de carne ou peixe e fruta, ao lanche batido de bolachas com iogurte e ao jantar mais ou menos como ao almoço, e antes de me deitar dou, então um leitinho.</p> <p>Enf. E que medida está a usar?</p> <p>Sra AA olhe uso o copo que tem as medidas, da liquidificadora, e normalmente marca 250 ml.</p> <p>Enf. E tem lavado bem à volta do tubo da PEG?</p> <p>Sra AA todos os dias depois das Sra do Centro de dia virem cá para a higiene, passo uma compressa molhada em soro e seca bem.</p> <p>Enf E tem notado alguma coisa de anormal?</p> <p>Sra AA. Não.</p> <p>Enf Secalhar vamos tentar aumentar a água que está a fazer fora das refeições, quem diz água, pode ser chá.</p> <p>Sra AA. Vou tentar, então, dou-lhe duas seringas de cada</p>	<p>A enfermeira acompanha esta família desde o início. Revela preocupação e tem uma boa relação com a cuidadora. Segundo o modelo de Parceria de Gomes (2009) quando a pessoa idosa é dependente, a estratégia inclui a construção de uma ação conjunta com o cuidador de forma a prepará-lo para cuidar desse idoso como se fosse ele próprio, caso tivesse capacidade para o fazer. A enfermeira é um recurso.</p> <p>As questões colocadas à cuidadora, promovem a reflexão sobre os seus comportamentos, mobiliza conhecimentos e reflete sobre a ação e constrói um novo conhecimento mais sustentado e que melhor a capacita para continuar a assegurar o cuidado que o outro teria se tivesse capacidade para decidir, permitindo-lhe continuar com o seu projeto de vida <b>(Capacitar/possibilitar)</b>.</p> <p>Foram estabelecidas estratégias conjuntas, em que a cuidadora e enfermeira se comprometeram num planeamento conjunto de ações para atingir metas comuns, promovendo a responsabilização, capacitação e autonomia da cuidadora, no sentido de melhorar estado nutricional da pessoa idosa <b>(Comprometer-se)</b>.</p> <p>Assim, a capacitação da cuidadora no sentido de perceber e enquadrar as modificações refletidas é essencial, para que a mesma possa agir em conformidade. A Enf<sup>a</sup> mostrou-se disponível e reforçou os contatos, reforçando-se como um recurso para o Sr M e cuidadores, permitindo assim assegurar o cuidado do outro.</p> <p>Nesta situação concreta a enfermeira</p>

<p>vez?</p> <p>Enf. Veja sempre se tem conteúdo, ou seja, aspire sempre na mesma, e de noite se se levantar e se se lembrar dê-lhe também. Precisamos de reforçar a hidratação, não queremos que ele fique com feridas.</p> <p>Sra AA Está bem Sr Enf. Senão for eu é a minha filha, ela lembra-se melhor.</p> <p>Enf e precisa de alguma coisa? Posso ajudar em mais alguma coisa?</p> <p>Sra AA nós temos seguido sempre as recomendações, vamos tentando fazer o nosso melhor, pois ele é muito bom marido e um bom pai, merece.</p> <p>Enf. Muito bem, então volto na quinta-feira, mas já sabe que se precisar de alguma coisa, tem sempre o nosso telefone à disposição.</p> <p>Sra AA eu sei Sra Enf<sup>a</sup> tanto me valeu no início, mas agora a situação está mais controlada. Obrigada.</p>	<p>vai validando conhecimentos da cuidadora, também para ajudá-la a refletir e consciencializar-se de como fazer bem, e do que se pode melhorar.</p>
--	--

### NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 3

Data 12 novembro 2013

Local – casa do Sr S.

Hora – 11h

Interação – VD

Objetivo – Observar a prestação de cuidados de uma Enf.<sup>a</sup> em Visita domiciliária, tendo em conta o Modelo de Parceria de Gomes

Descrição da situação	Comentários Análise e reflexão da situação
<p>O Sr S. tem 71 anos de idade, vive em casa alugada com a esposa e um filho desempregado. A esposa é a cuidadora informal. Tem PEG desde maio2013, num contexto de carcinoma pavimento celular da orofaringe, com abandono do tratamento de RT, na altura do diagnóstico. Agora encontra-se a fazer QT 1 vez por semana. É medicado para a dor com fentanilo50. Era um grande fumador e com hábitos etanólicos acentuados. Tem dependência moderada nas AVDs, especificamente para tomar banho sozinho, e para alimentar-se. Destitui-se desta função porque delega na esposa a obrigação de o alimentar pela PEG. Quanto às actividades instrumentais de vida diárias, necessita de muita ajuda, nomeadamente é incapaz de preparar as refeições, de ir às compras, necessita de ajuda para usar o telefone, incapaz de usar os transportes, e de se responsabilizar pela medicação, e usa o dinheiro em pequenas quantidades, para comprar tabaco e alimentos para consumir no dia-a-dia, mas é a esposa que vai à rua buscar. Ele não sai de casa. A casa está desarrumada, pouco asseada, com tapetes sujos espalhados pelo chão, a janela está aberta. A cozinha é desorganizada, com lixivia misturada com os alimentos, restos de comida em cima da bancada.</p> <p>Enf<sup>a</sup>- Bom dia Sr S. podemos entrar?</p>	<p>A enfermeira já conhecia esta pessoa idosa, no seu contexto de vida, já acompanha esta família há muito tempo. Tem trabalhado nas questões de segurança e salubridade da casa, pois o contexto é desorganizado, desarrumado, com cheiro difícil de suportar. O Sr S. vive com a esposa e um filho, maior de idade. Dorme no sofá, e tem um balde junto à cabeceira para “cuspir”.</p> <p>A visita domiciliária permite a vigilância do estado de saúde do Sr S, observar a D. M. a administrar a AE e a cuidar do estoma. Tem dificuldades na compreensão, parece ter hipoacusia. A enfermeira tem de falar alto e utilizar frases curtas, repetindo várias vezes.</p> <p>As questões colocadas à cuidadora, promovem a reflexão sobre os seus comportamentos, mobiliza conhecimentos e reflete sobre a ação e constrói um novo</p>

<p>Sra A. Entre Sra Enfermeira, estava à sua espera.  Enfª e hoje não venho sozinha, trago mais uma colega  Sr S. Bom dia. Já aí vem a minha mulher Sr Enf.  Enfª – Então como está a correr a QT?  (Chega a esposa do Sr)  Esposa: Parece uma família, Sra Enf, passamos lá o dia inteiro, então é como se fosse uma família, são muito boa gente.  Enf: tem-se sentido bem, ou tem tido enjoos Sr S.?  Sr S. Não Sr Enf. Não tenho apetite, é só isso. Pesaram-me lá, tinha 50kg.  Enf. Então está a perder peso! Como é que tem corrido a alimentação pela PEG? Já comeu hoje?  (O dispositivo obstruiu várias vezes anteriormente por maus cuidados e má técnica, e mantém coloração escura).  Esposa-Pois já!  Enf: Então o quê?  Esposa-uma papa Nestum.  Enf Muito bem, pode dar água para nós vermos? E depois vamos limpar à volta, pode ser?  (a Srª vai à cozinha e lava um recipiente com lixívia e enche de água, traz a seringa).  Enf: já lavou as mãos?  Srª Sim então não lavei agora? Está tudo lavado com lixívia!  (O Sr S está sentado no sofá, levanta a camisa e afasta-se para trás. A Sra enche a seringa de água e conecta, abre a mola e injecta rápido)  Enf Tem que ser mais devagarinho, lembra-se do que tínhamos combinado? Devagarinho! Muito bem! E agora vamos limpar muito bem à volta e por a pomada!  Sra retira as compressas do local do estoma, muito sujas. A enfª diz-lhe para ir lavar as mãos novamente. Depois limpa a região peri-estoma com compressa e água, seca e aplica a pomada.  Enfº: muito bem, agora vamos deixar sem compressa. Tem que fazer isto todos os dias, porque já viu senão infeta mesmo a sério. E no final vai também lavar as suas mãos, para se proteger a si, porque senão estas infecções proliferam e fica você doente. Então e o que vai ser o almoço?  Sra Vou fazer açorda, e depois trituro tudo muito bem para ele!  Enfª e o que poem na açorda? Não é o mais indicado, mas uma vez por outra para variar, não faz mal.  Srª Pão, alho, tomate e cebola, depois cozo uma posta de peixe e trituro tudo.  Enfª É importante variar nos ingredientes, na carne, no peixe, por ovo de vez em quando. Como é que faz a sopa?  Sra, Ponho batata, cenoura, nabijas ou agrião ou alface, quando tenho e um bocadinho de carne de vaca ou peixe.  Enfª E uma sopa são quantas seringas?  Sra: mais ou menos 3.  Enfª muito bem, e só dá a sopa?  Sra Também dou fruta, ponho duas maçãs na trituradora e fica bom. Depois da sopa dou a fruta.</p>	<p>conhecimento mis sustentado e que melhor a capacita para continuar a assegurar o cuidado que o outro teria se tivesse capacidade para decidir, permitindo-lhe continuar com o seu projeto de vida – <b>Capacitar e possibilitar</b> – espera-se o desenvolvimento de estratégias que promovam as capacidades pessoais no contexto de doença. A promoção da reflexão da cuidadora sobre os seus comportamentos ou ausência deles contribuem para a mudança de postura, assim como a negociação de metas a atingir promovem a participação ativa do cuidador (neste caso) e a sua responsabilização face ao outro.</p> <p>A enfermeira investe em definir estratégias e estabelecer pequenas metas, nomeadamente quanto às quantidades das refeições, a verificar o conteúdo gástrico e principalmente quanto à técnica de administração, já que se observou a Sra A administrar água depressa de mais.</p> <p>Promove a capacitação da cuidadora para a realização das ações de forma autónoma (ex.: a verificação de conteúdo alimentar antes de cada refeição, velocidade de administração, assim como a alteração dos horários das refeições para uma melhor distribuição nutricional ao longo do dia).</p> <p>Um dos aspectos muito reforçado prende-se com a higiene do estoma da PEG, já que apresenta sinais inflamatórios. Por outro lado o estado de degradação do dispositivo denuncia a qualidade dos cuidados e é reflexo da situação no seu todo. A enfermeira usa a demonstração e observa a D.A a realizar os cuidados, corrigindo-a, ou incentivando-a através do reforço positivo.</p> <p>O empenho de ambos os intervenientes, visível na negociação para a mudança de atitude face à alteração de horários em benefício do idoso e o comprometimento de verificar a existência de conteúdo</p>
--	---

<p>Enfª Faz muito bem, mas vamos aqui combinar uma coisa nova, vamos dar a fruta 1h depois da sopa. Para ser mais fácil sugiro que faça assim: depois de dar a sopa ao Sr S, você almoça, só depois prepara a fruta e dá-lhe, assim, já passou mais ou menos uma hora. Vamos tentar?</p> <p>Sra Como é? Não dou logo a fruta, só dou a sopa e passado um bocado a fruta? Ah é? Está bem! Sabe às vezes ele diz que não tem fome, mas tem que comer na mesma, não é?</p> <p>Enf Tem sempre que aspirar antes de dar a comida ou a água. À pouco esqueceu-se de aspirar.</p> <p>Sra E deito fora se tiver ainda comida no estomago?</p> <p>Enf Não!!! Já falamos sobre isso, aspira e volta a introduzir, não deita fora, só precisa de mais tempo para fazer a digestão. Se tiver uma seringa cheia, espera mais uma hora ou duas e tenta novamente. Mas já tínhamos falado sobre isso.</p> <p>Sra À inda ontem ao jantar não foi preciso dar, porque fiz batata cozida com peixe e ele comeu, devagarinho. E hoje já fui comprar dois pastéis de nata que lhe estava a apetecer e comeu-os todos, com um cafezinho.</p> <p>Enf. Pronto, mas se vai conseguindo comer assim, faz muito bem, também são coisas que gosta e lhe apetecem, também temos que atender a isso. Mas a água tem que ser sempre pela PEG, porque bebe muito pouca pela boca e está desidratado. A pele está seca, depois fica com feridas num estante Sr S.</p> <p>Sr S. pois é Sr Enf, mas a minha mulher atrapalha-se a fazer as coisas.</p> <p>Enf Então, mas a pouco e pouco vamos melhorando, já fizemos grandes progressos desde o início. Mas agora temos que insistir em cumprir horários e quantidades da comida pela PEG, porque não pode continuar a perder peso, precisa de forças para a QT, não é??</p> <p>Bom nós voltamos na próxima sexta-feira, mas se precisar de alguma coisa tem o nosso telefone, já sabe que estamos sempre disponíveis.</p> <p>Sr S. obrigada Sra Enf.</p>	<p>alimentar, traduz-se de acordo com o Modelo de Parceria na fase do <b>comprometer-se</b>.</p> <p>Neste sentido promove a responsabilização, capacitação e autonomia da cuidadora.</p> <p>A Enfª mostrou-se disponível, teve a preocupação em trazer em folhas de papel impresso em letras muito grandes, os cuidados essenciais, que reforça em cada visita domiciliária.</p> <p>Reforçou os contatos, reforçando-se como um recurso para a D. A. permitindo assim assegurar o cuidado do outro.</p>
--	---

## ANÁLISE DAS NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS

**Quadro 1 – 1ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – REVELAR-SE**

Área temática	Categorias	Unidades de registo
REVELAR-SE (n-12)	Adquire conhecimento acerca da pessoa idosa (n-12)	<p><i>Então como está a correr a QT</i></p> <p><i>Bom dia Sr M. Bom dia Sra AA. Então como tem passado o Sr M</i></p> <p><i>Então como está a D. A?</i></p> <p><i>colocou a Peg, como é que correu?</i></p> <p><i>ela tem estado confortável, ou mais inquieta ou agitada?</i></p> <p><i>Notaram alguma alteração...</i></p> <p><i>...e em termos de alimentação, como tem corrido?</i></p> <p><i>tem-se sentido bem, ou tem tido enjoos?</i></p> <p><i>Então está a perder peso!</i></p>

**Quadro 2 – 2ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – ENVOLVER-SE**

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ENVOLVER-SE (n-13)	Promove um ambiente seguro (n-4)	<p><i>pode dar água para nós vermos</i></p> <p><i>Vamos então ver como está a PEG</i></p> <p><i>já lavou as mãos?</i></p> <p><i>Tem que fazer isto todos os dias!</i></p>
	Partilha informação (n-6)	<p><i>precisamos de nos sentar a conversar com todos</i></p> <p><i>à volta a pele está íntegra, o tubo está bem lavado</i></p> <p><i>É importante variar nos ingredientes</i></p> <p><i>tem bom aspeto, não tem sinais inflamatórios;</i></p> <p><i>não tem sinais inflamatórios, aparentemente está tudo bem, contudo temos sempre que estar atentos</i></p>
	Demonstra atitude centrada no cliente idoso e/ou seu cuidador (n-3)	<p><i>como é que a podemos ajudar agora?</i></p> <p><i>Para ser mais fácil sugiro que faça assim</i></p> <p><i>são coisas que gosta e lhe apetece, também temos que atender a isso</i></p>

**Quadro 3 – 3ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – CAPACITAR POSSIBILITAR**

Área temática	Categorias	Unidades de registo
CAPACITAR E POSSIBILITAR (n-13)	Promove ação conjunta com a pessoa cliente idoso ou seu cuidador	<p><i>-lembra-se do que tínhamos combinado?</i></p> <p><i>-mas vamos aqui combinar uma coisa nova, vamos dar a fruta 1h depois da sopa</i></p> <p><i>-vamos combinar uma coisa: vai registar num papel ao longo do dia as horas que dá a alimentação.</i></p> <p><i>-vamos tentar aumentar a água que está a fazer fora das refeições</i></p> <p><i>-de noite se se levantar e se se lembrar dê-lhe também</i></p>
	Previne complicações (n-7)	<p><i>- a D. A. é muito bem cuidada</i></p> <p><i>-Veja sempre se tem conteúdo, ou seja, aspire sempre na mesma</i></p> <p><i>-À pouco esqueceu-se de aspirar</i></p> <p><i>- à volta a pele está íntegra, o tubo está bem lavado.</i></p> <p><i>-E tem lavado bem à volta do tubo da PEG?</i></p> <p><i>- Precisamos de reforçar a hidratação,</i></p> <p><i>- não queremos que ele fique com feridas!</i></p>

**Quadro 4 – 4ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) COMPROMETER-SE**

Área temática	Categorias	Unidades de registo
COMPROMETER-SE (n-6)	Promove a autonomia (n-6)	<p><i>-se precisar de alguma coisa, tem sempre o nosso telefone à disposição</i></p> <p><i>-mas a pouco e pouco vamos melhorando,</i></p> <p><i>-já fizemos grandes progressos desde o início</i></p> <p><i>-Mas agora temos que insistir em cumprir horários e quantidades da comida pela PEG</i></p> <p><i>-Então e voltando à alimentação, como é que tem feito, recorde-me lá!</i></p> <p><i>-não pode continuar a perder peso, precisa de forças para a QT</i></p>

Quadro 5 – 5ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (n-3)	<b>Partilha de poder</b> (n-2)	<i>agora vamos limpar muito bem à volta e por a pomada! precisamos de nos sentar a conversar com todos</i>
	<b>Permitir continuar o projeto de vida</b> (n-1)	<i>muito bem, a D.F está fazer um bom trabalho,</i>

Quadro 6 – ANÁLISE DAS UNIDADES DE REGISTOS E DAS CATEGORIAS

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	Unidades de enumeração	
		F	%
<b>Adquire conhecimento acerca da pessoa idosa</b>	<i>Então como está a correr a QT Bom dia Sr M. Bom dia Sra AA. Então como tem passado o Sr M Então como está a D. A? colocou a Peg, como é que correu? ela tem estado confortável, ou mais inquieta ou agitada? Notaram alguma alteração... ...e em termos de alimentação, como tem corrido? tem-se sentido bem, ou tem tido enjoos? Então está a perder peso! Como é que tem corrido a alimentação pela PEG? fizeram alguma alteração na medicação? Então quantas refeições é que está a fazer?</i>	13	27,1
<b>Promove um ambiente seguro</b>	<i>pode dar água para nós vermos Vamos então ver como está a PEG já lavou as mãos? Tem que fazer isto todos os dias!</i>	4	8,3
<b>Partilha informação</b>	<i>precisamos de nos sentar a conversar com todos à volta a pele está íntegra, o tubo está bem lavado É importante variar nos ingredientes tem bom aspeto, não tem sinais inflamatórios; não tem sinais inflamatórios, aparentemente está tudo bem, contudo temos sempre que estar atentos</i>	6	12,5
<b>Demonstra atitude centrada no cliente idoso e/ou seu cuidador</b>	<i>como é que a podemos ajudar agora? Para ser mais fácil sugiro que faça assim são coisas que gosta e lhe apetece, também temos que atender a isso</i>	4	8,3
<b>Promove ação conjunta com pessoa cliente idoso ou seu cuidador</b>	<i>-lembra-se do que tínhamos combinado? -mas vamos aqui combinar uma coisa nova, vamos dar a fruta 1h depois da sopa -vamos combinar uma coisa: vai registar num papel ao longo do dia as horas que dá a alimentação. -vamos tentar aumentar a água que está a fazer fora das refeições -de noite se se levantar e se se lembrar dê-lhe também</i>	5	10,4
<b>Previne complicações</b>	<i>-a D. A. é muito bem cuidada -Veja sempre se tem conteúdo, ou seja, aspire sempre na mesma -À pouco esqueceu-se de aspirar - à volta a pele está íntegra, o tubo está bem lavado. -E tem lavado bem à volta do tubo da PEG? - Precisamos de reforçar a hidratação, - não queremos que ele fique com feridas!</i>	7	14,6
<b>Promove a autonomia</b>	<i>-se precisar de alguma coisa, tem sempre o nosso telefone à disposição -mas a pouco e pouco vamos melhorando, -já fizemos grandes progressos desde o início -Mas agora temos que insistir em cumprir horários e quantidades da comida pela PEG -Então e voltando à alimentação, como é que tem feito, recorde-me lá! -não pode continuar a perder peso, precisa de forças para a QT</i>	6	12,5
<b>Partilha de poder</b>	<i>agora vamos limpar muito bem à volta e por a pomada! Acha que se podia fazer o reforço da noite pelas 23h, antes de se ir deitar?</i>	2	4,2
<b>Permitir continuar o projeto de vida</b>	<i>muito bem, a D.F está fazer um bom trabalho,</i>	1	2,1
<b>TOTAL</b>		<b>48</b>	<b>100%</b>

## **APENDICE 4**

### **ANÁLISE INICIAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM**

## **ANÁLISE INICIAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM - fase de diagnóstico**

Para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem da UCC, era fundamental perceber as já existentes. O modelo de parceria ainda não era conhecido pela equipa, mas nas notas de campo eram perceptíveis várias características deste Modelo no desempenho dos enfermeiros em visitas domiciliárias. Era importante dar-lhes a conhecer este Modelo recorrendo ao que já faziam e que ia de encontro ao trabalho em Parceria, para que lhes fizesse sentido.

Optou-se por uma amostragem por conveniência pois “é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso” (Fortin, 1999 p. 208). Assim procedeu-se à análise dos registos dos 7 idosos acompanhados neste projecto, os quais permitiram efetuar o diagnóstico da situação, relativamente à avaliação do EN do idoso e à prestação de cuidados em parceria, possibilitando a análise comparativa dos registos no final do projeto.

Foi utilizada a análise de conteúdo para tratar os dados obtidos (Bardin, 2009).

Previamente foi criada uma grelha de análise, sustentada pelo Modelo de Parceria (Gomes, 2009) e no que a evidência científica preconiza, como sendo importante conhecer acerca do EN do idoso com AE, adaptado de Miguel (2013). No quadro abaixo apresentam-se as áreas temáticas e categorias.

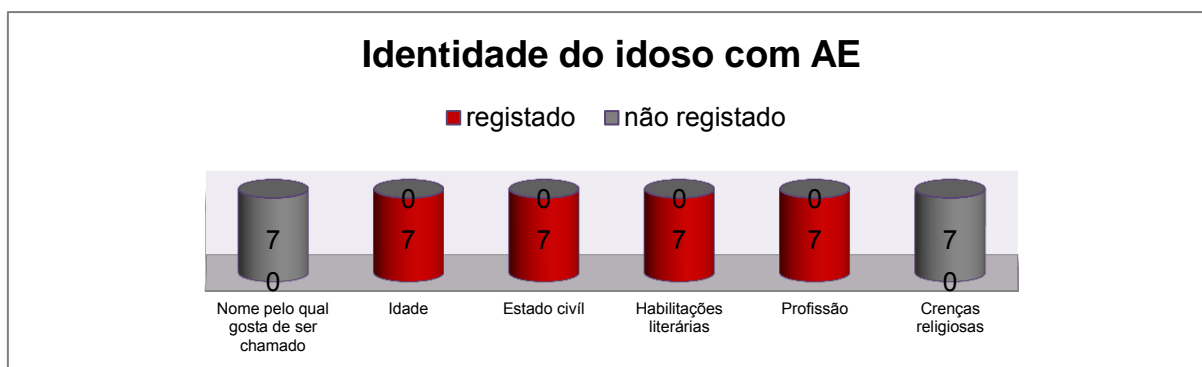
Quadro 1 – Itens para análise dos registos de enfermagem

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA
<b>Revelar-se</b>	Identidade do idoso com AE
	Contexto de vida (situação sociofamiliar)
	Contexto da doença
	Problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação
	Conhece os hábitos do idoso
	Grau de (in)dependência da pessoa idosa para AE
<b>Envolver-se</b>	Conhecimento do idoso/cuidador acerca da AE e EN
<b>Possibilitar/Capacitar</b>	Partilha o poder/ construção de uma ação conjunta
<b>Comprometer-se</b>	Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns
<b>Assumir o controlo de Si/ Assegurar o cuidado do Outro</b>	Assumir ou assegurar o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro

A primeira fase do Modelo de Parceria - **REVELAR-SE**- relacionava-se com o conhecer a identidade do idoso com AE, o seu contexto de vida, de doença, rede de apoio e hábitos de vida. No que diz respeito ao **conhecer a identidade da pessoa idosa**, foi possível constatar conforme demonstra o gráfico 1 que a idade se encontra sempre registada, assim como o estado civil, profissão e habilitações literárias.



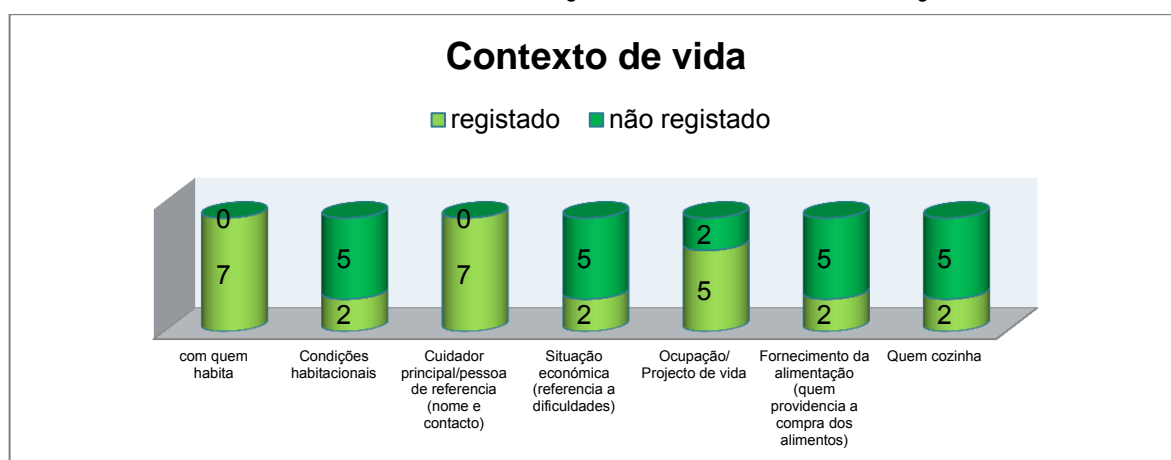
Gráfico. 1 – Resultados relativos à categoria “Identidade do idoso com AE” - fase de diagnóstico



Apenas o nome pelo qual gosta de ser chamado e dados relativos a crenças religiosas não se encontram registado. O registo e conhecimento destes dados é de suma importância para se conhecer a identidade do idoso e o seu potencial de desenvolvimento, com o intuito de estabelecer os compromissos e objectivos mais exequíveis.

Respeitante aos registos alusivos ao **Contexto de vida** constatou-se que os enfermeiros registam sempre com quem habita a pessoa idosa e qual o cuidador principal.

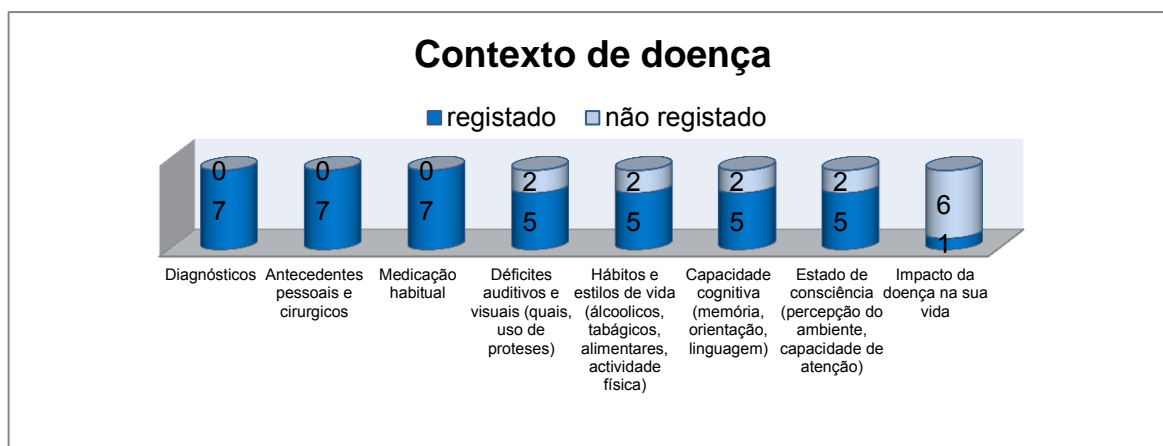
Gráfico 2 – Resultados relativos à categoria “Contexto de vida” - fase de diagnóstico



A maioria dos enfermeiros faz registos relativos ao ocupar-se/recrear-se. Apenas 2 registam quem cozinha, quem fornece a alimentação, condições habitacionais e situação económica (referência a dificuldades).

Relativamente ao indicador seguinte **Contexto de doença** encontra-se sempre registado o diagnóstico, antecedentes pessoais e cirúrgicos e qual a medicação habitual. Em 5 processos é feita referência a défices auditivos e visuais, hábitos e estilos de vida, capacidade cognitiva e estado de consciência.

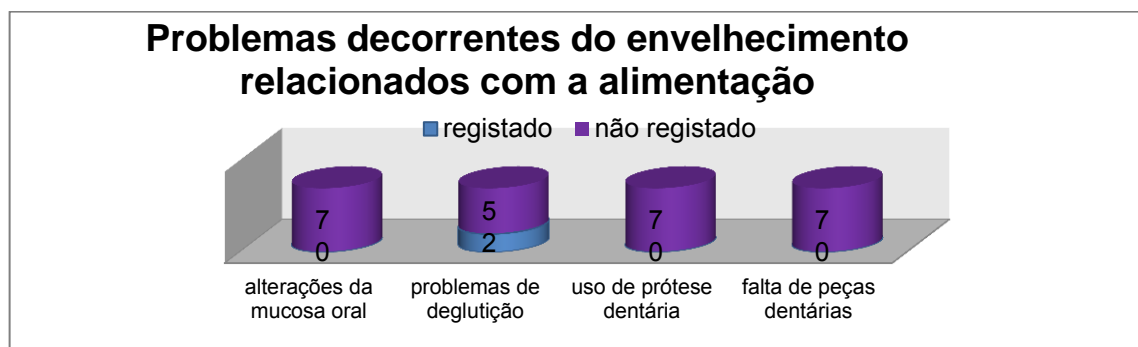
Gráfico 3 – Resultados relativos à categoria “Contexto da doença” - fase de diagnóstico



Apenas 1 faz referência ao impacto da doença na sua vida “...o Sr. M. ficou dependente da sua esposa em todas as AVD, mantendo-se ventilado em casa...”.

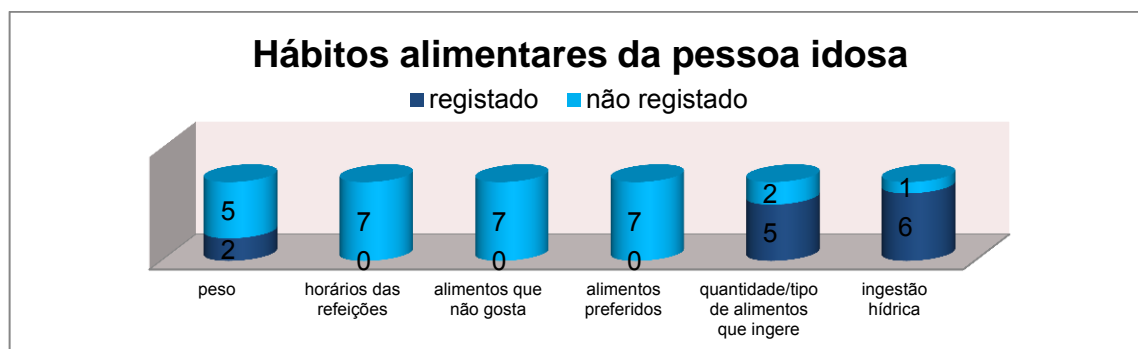
Relativamente aos **problemas decorrentes do envelhecimento e que estão relacionados com a alimentação**, verifica-se que os enfermeiros apenas registam informação relativa a problemas de deglutição, associados à necessidade de recorrer a alimentação entérica.

Gráfico 4 – Resultados relativos à categoria “Problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação” - fase de diagnóstico



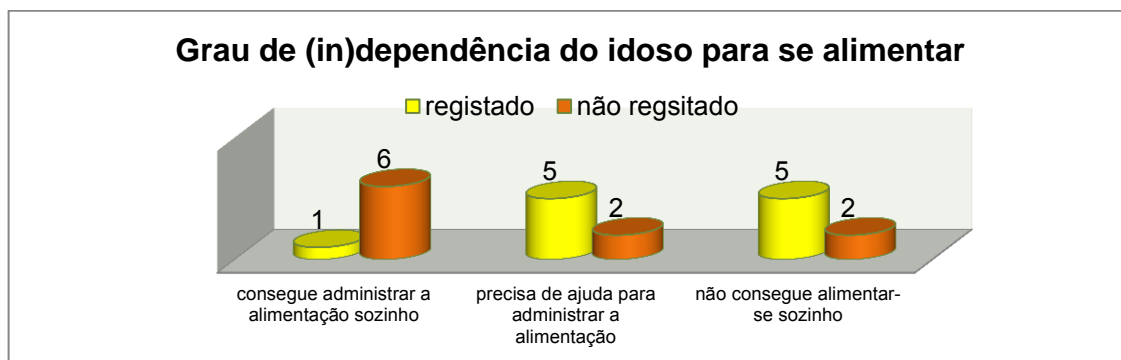
Quanto ao **conhecer os hábitos alimentares da pessoa idosa**, encontra-se registado em 2 processos o peso do idoso, em 5 a quantidade e tipo de alimentos queingere e em 6 é feita referência à ingestão hídrica. Não se encontram registados dados relativos ao horário das refeições, alimentos preferidos/que não gosta.

Gráfico 5 – Resultados relativos à categoria “Conhece os hábitos alimentares do idoso” - fase de diagnóstico



Quanto ao indicador que avalia o grau de independência do idoso para AE, apenas 1 é capaz de administrar a alimentação sozinho, 5 precisam de ajuda e não conseguem alimentar-se sozinho, sendo completamente dependentes do cuidador familiar.

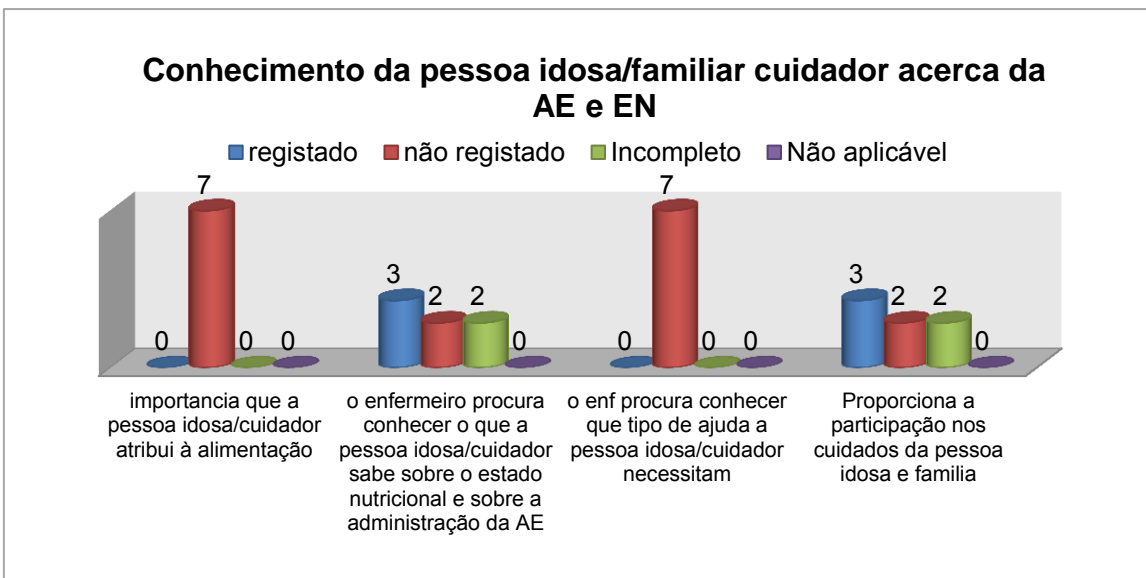
Gráfico 6 – Resultados relativos à categoria “Grau de (in) dependência do cliente idoso para a alimentação” - fase de diagnóstico



Na segunda fase do Modelo de Parceria - **ENVOLVER-SE**, o enfermeiro investe na relação onde cada elemento sabe o seu papel, mobilizando capacidades de comunicação, escuta, competências relacionais, procura promover um ambiente seguro, um espaço de reciprocidade, nomeadamente um espaço capacitador e adaptado às necessidades da pessoa idosa. Procura com a pessoa aquilo que a motiva e lhe dá sentido. Pretende-se ir ao encontro da pessoa, com o intuito de desenvolver uma relação de confiança, retirando contributos dessa relação utilizados mais tarde na intervenção terapêutica. A falta de conhecimentos, a sua capacidade funcional, as limitações existentes (decorrentes ou não da doença), bem como conhecer as suas motivações e identificar os recursos possíveis na promoção do Cuidado de Si, são possíveis nesta fase.

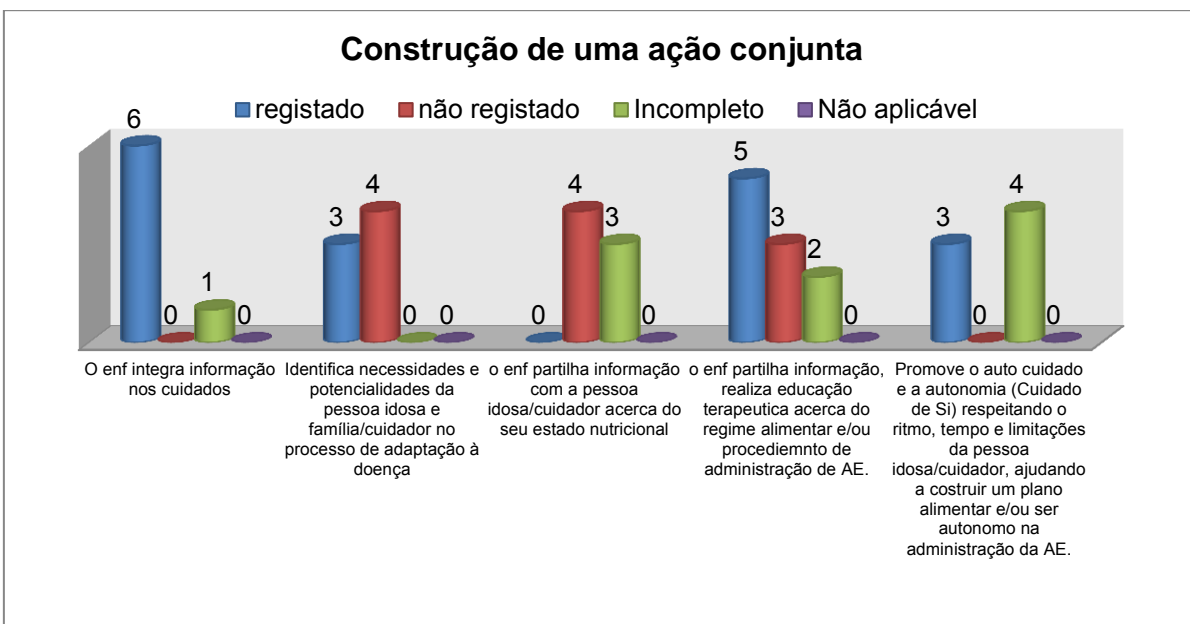
Assim, procurou-se saber se os enfermeiros registam acerca do indicador - **qual o conhecimento do idoso/cuidador informal acerca da AE e EN**. Foi possível constatar que não existem registos acerca da importância que o idoso e cuidador atribuem à alimentação, nem relativamente à necessidade de ajuda que o idoso/cuidador necessitam. Relativamente àquilo que o enfermeiro procura conhecer sobre o que a pessoa sabe acerca do EN e AE verificou-se nos registos de 3 processos, assim como o proporcionar a participação nos cuidados da pessoa idosa, como se pode ler “...Dona D. encontrava-se a administrar o almoço ao Sr. J. pela Peg, cumprindo os passos. Aproveitou-se a oportunidade para incentivar o Sr J.a fazê-lo mais vezes de forma autónoma, porque ele faz se estiver sozinho”.

Gráfico 7 – Resultados relativos à categoria “Conhecimento do cliente idoso/cuidador acerca da AE e EN” - fase de diagnóstico



Analogamente à aplicação da grelha de observação dos registos em relação à terceira fase do Modelo de Parceria - **POSSIBILITAR OU CAPACITAR** - com o indicador **partilha o poder/construção de uma ação conjunta**, verificou-se que se regista relativamente ao fato do enfermeiro integrar informação nos cuidados e promover o auto-cuidado e autonomia respeitando o tempo do outro.

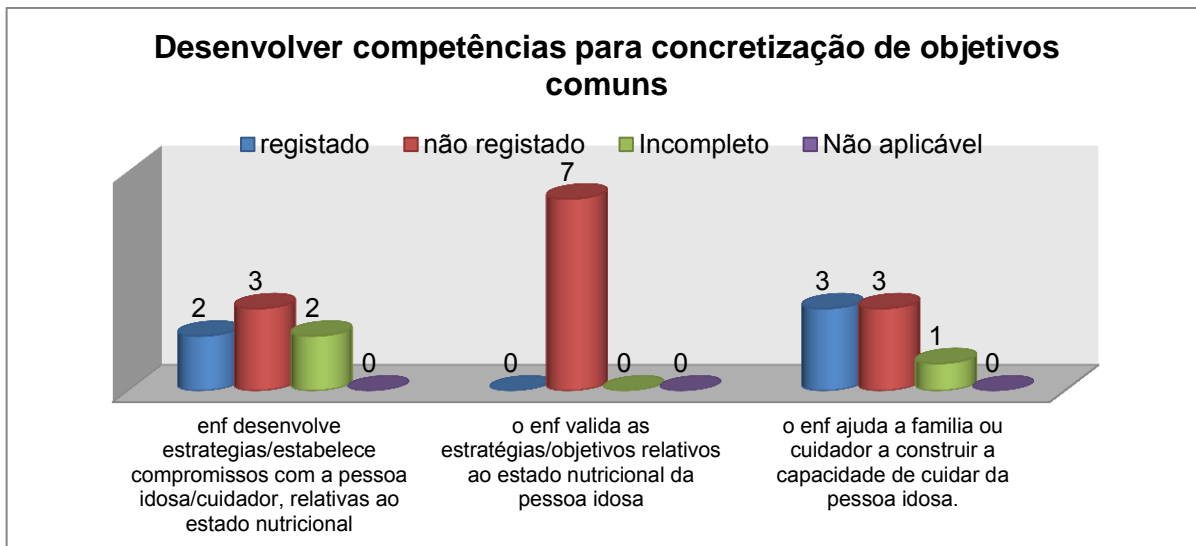
Gráfico 8 – Resultados relativos à categoria “Partilha poder/construção de uma ação conjunta” - fase de diagnóstico



O domicílio favorece a autonomia e a enfermeira é uma visita, que se adapta ao contexto e ao tempo do idoso que lá habita. É um espaço privilegiado para partilha de poder, já que o idoso assume um poder inerente ao contexto. Logo há registos de partilha do poder, fator essencial para se desenvolver a parceria. Já existe a possibilidade desse desenvolvimento. Contudo a falta de registos acerca do EN do idoso reflete a ausência do uso de um instrumento de avaliação nutricional.

No que diz respeito à 4ª fase do Modelo de Parceria- **COMPROMETER-SE**, na dimensão **desenvolver competências para atingir os objetivos comuns**, os enfermeiros (em 2 processos) registam que desenvolvem estratégias e estabelecem compromissos, mas não registam a validação dessas estratégias.

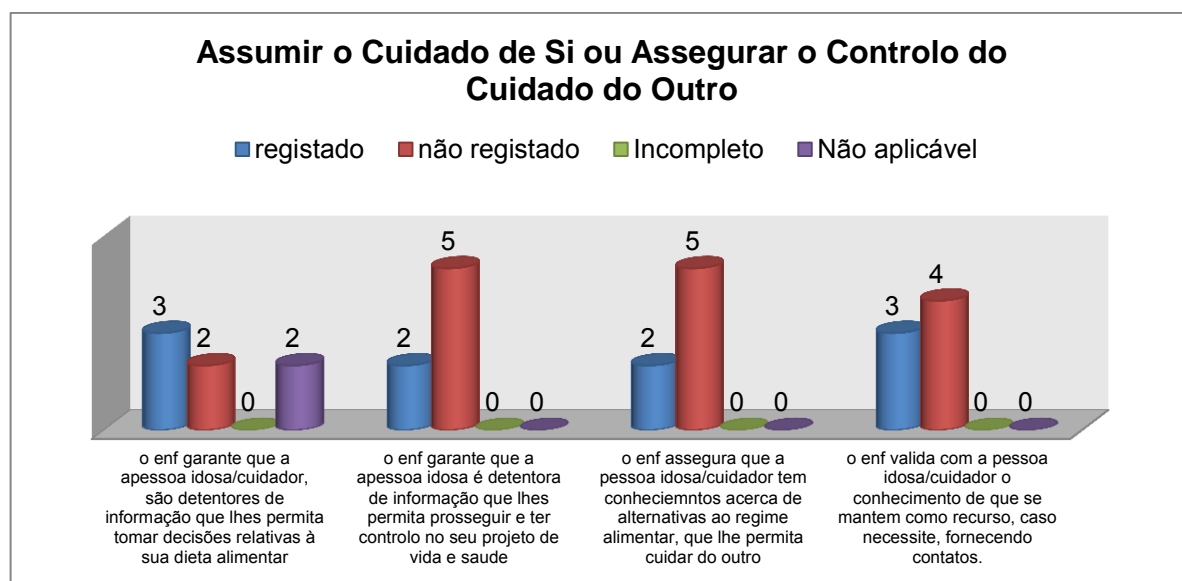
Gráfico 9 – Resultados relativos à categoria “Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns” - fase de diagnóstico



Contudo existiam registos em como os enfermeiros ajudaram a capacitar o cuidador para cuidar do idoso, nomeadamente pelos ensinamentos feitos e correções *in loco* quanto à administração correta da AE, posicionamento do idoso, cuidados inerentes à pele e estoma e cuidados alimentares

Em relação à última fase do Modelo de Parceria - **Assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro**, constatou-se que já vai estando registada informação em relação ao idoso ser detentor de conhecimento que lhe permita prosseguir o seu projeto de vida e saúde, garantia de que o enfermeiro se mantém como recurso, que fornece alternativas relativamente ao plano alimentar, para que idoso e cuidador possam tomar as suas próprias decisões relativas à dieta alimentar, e que, essencialmente, permita ao cuidador familiar cuidar do Outro.

Gráfico 10 – Resultados relativos à categoria “Assumir ou assegurar o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro” - fase de diagnóstico



### **Síntese da avaliação inicial dos Registos de Enfermagem**

Após ter analisado os registos de enfermagem tendo em conta o Modelo de Parceria (Gomes,2009), com recurso à grelha elaborada previamente, constatei que há várias dimensões contempladas nos registos de enfermagem, devido ao registo em SAPE que sistematiza informação referente à realização de ensinamentos e validações dos mesmos, em vários focos de intervenção. Contudo não há como registar informação mais específica relativa à avaliação multidimensional do idoso, nomeadamente avaliação nutricional e delineamento de objetivos comuns, a não ser em registo de papel. Mesmo em papel verificou-se a necessidade de melhorar os registos no que respeita ao conhecer a pessoa, nomeadamente quanto aos problemas decorrentes do envelhecimento e hábitos alimentares. Ao não conhecer a pessoa idosa na sua globalidade e não conhecendo o seu potencial de desenvolvimento, não se poderá delinear objetivos e estratégias em conjunto. Logo a ação não é negociada, o que denota falta de envolvimento do idoso/cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro. A estratégia a implementar implica desenvolver instrumentos que permitam registar melhor e conhecer melhor a pessoa idosa. Surgiu a necessidade de se desenvolver uma nova folha de registo de enfermagem para a pessoa com AE, que permita mais informação estruturada para se poder desenvolver o modelo de Parceria.

## **AValiação FINAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM – fase de avaliação**

Após a aplicação do projeto na UCC e com a introdução na prática de cuidados do modelo de Parceria e da avaliação nutricional, foi importante avaliar aquisição de competências por parte da equipa de enfermagem. Foram analisados os registos de enfermagem dos 7 processos dos idosos com AE, acompanhados desde o início, com recurso à grelha utilizada na fase de diagnóstico. Estabeleceu-se uma análise comparativa.

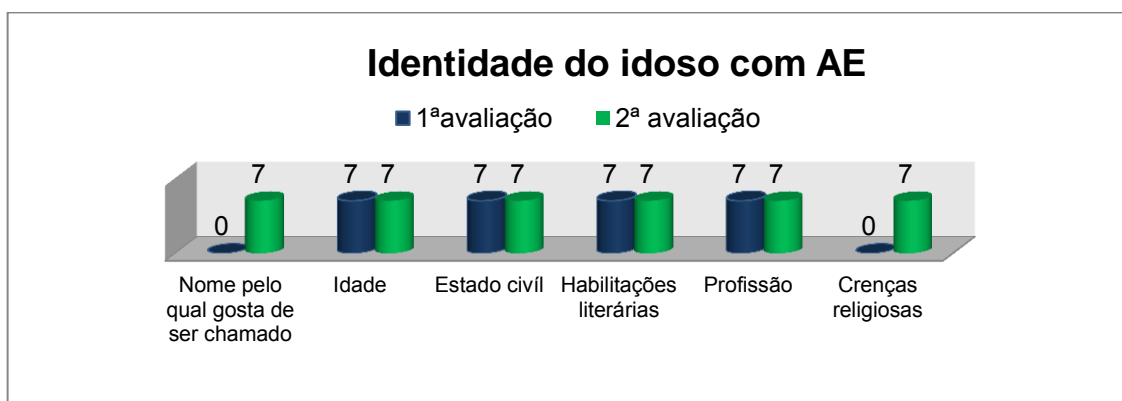
A grelha utilizada compreende as áreas temáticas e categorias criadas segundo o modelo de Parceria, de acordo com o seguinte quadro:

Quadro n.º 1 – Itens para análise dos registos de enfermagem

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA
<b>Revelar-se</b>	Identidade do idoso com AE
	Contexto de vida (situação sociofamiliar)
	Contexto da doença
	Problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação
	Conhece os hábitos do idoso
	Grau de (in)dependência da pessoa idosa para AE
<b>Envolver-se</b>	Conhecimento do idoso/cuidador acerca da AE e EN
<b>Possibilitar/Capacitar</b>	Partilha o poder/ construção de uma ação conjunta
<b>Comprometer-se</b>	Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns
<b>Assumir o controlo de Si/ Assegurar o cuidado do Outro</b>	Assumir ou assegurar o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro

Assim na primeira fase do Modelo de Parceria **REVELAR-SE** inicia-se com **conhecer a identidade do idoso com AE**. Foi possível constatar que os registos de enfermagem contemplam a totalidade dos dados existentes na grelha, pelo que houve uma evolução no registo de informação, acerca da identidade do idoso, por parte da equipa de enfermagem (Gráfico1), registando nome pelo qual gosta de ser chamado, idade, estado civil, habilitações literárias e crenças religiosas.

Gráfico. 1– Resultados comparativos relativos à categoria “Identidade do cliente idoso com AE” - fase de avaliação



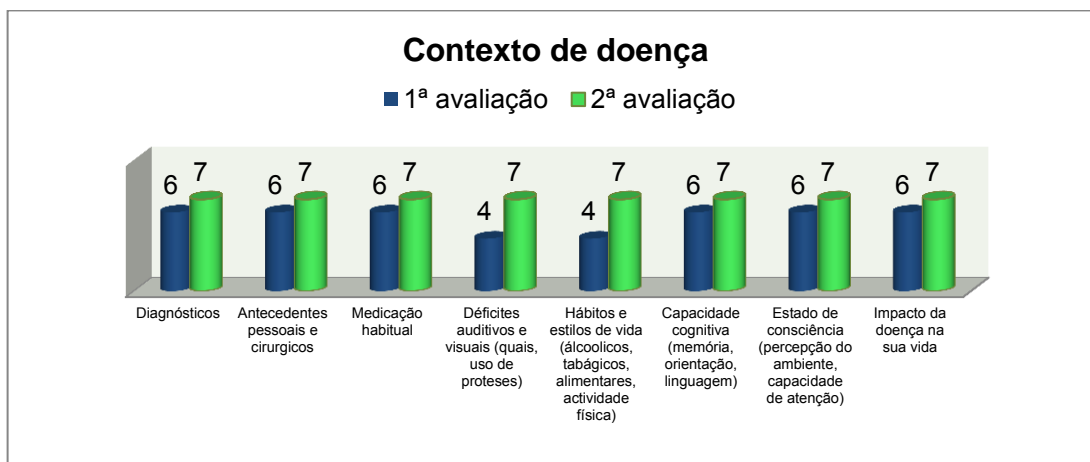
O conhecimento do **contexto de vida** foi outra categoria que se verificou com uma evolução positiva na informação registada nos processos, na maioria dos itens. Contudo não se registou mais do que na avaliação inicial, nos itens relativos à ocupação/projecto de vida e referencia a dificuldades (económicas), como se pode ver no gráfico 2.

Gráfico 2 – Resultados comparativos relativos à categoria “Contexto de vida (situação sociofamiliar)” - fase de avaliação



Relativamente à dimensão **Contexto da doença** onde se verificou que os enfermeiros passaram a registar de forma mais completa, os dados referentes ao contexto de doença dos idosos com AE (Gráfico 3), verificando-se uma mudança positiva.

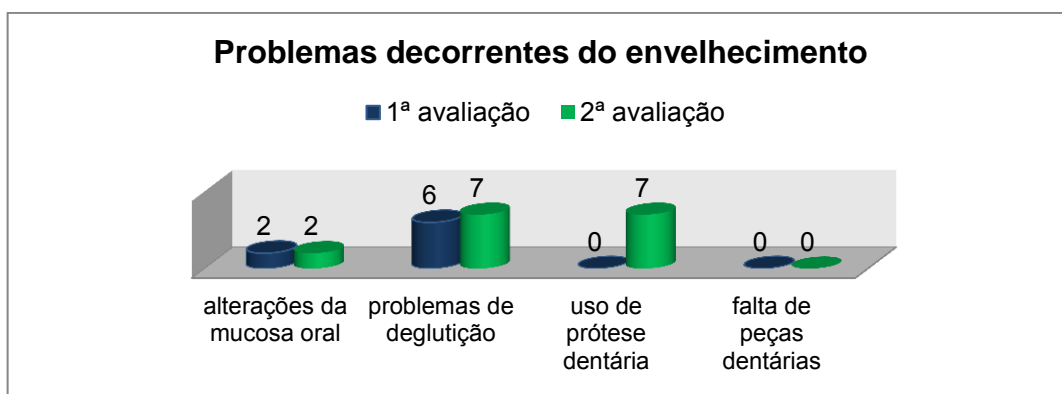
Gráfico 3 – Resultados comparativos relativos à categoria “Contexto da doença” - fase de evolução



Quanto ao registo de **problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação**, constatou-se que os enfermeiros registaram sempre problemas de deglutição e uso de prótese, mas não registaram alterações da mucosa nem a falta de peças dentárias, como podemos ver no Gráfico 4.

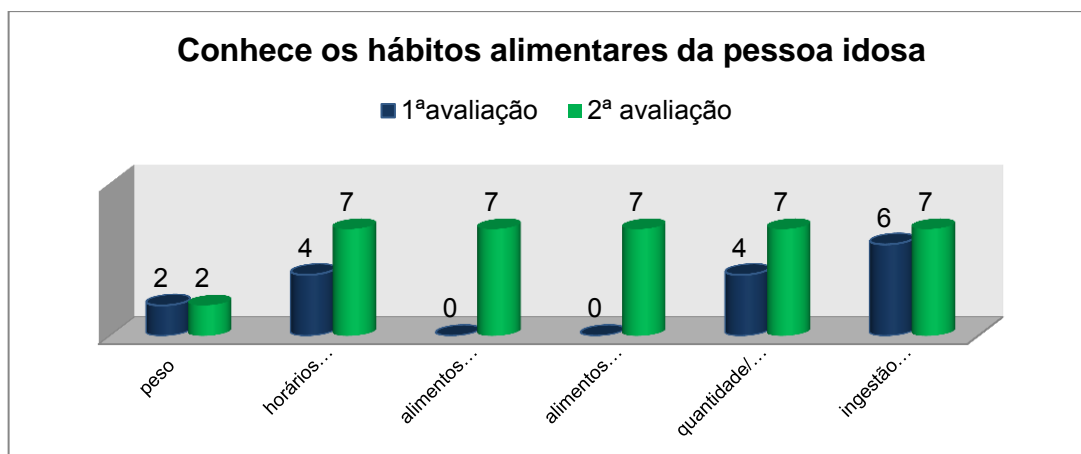


Gráfico 4 – Resultados comparativos relativos à categoria “Problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação” - fase de avaliação



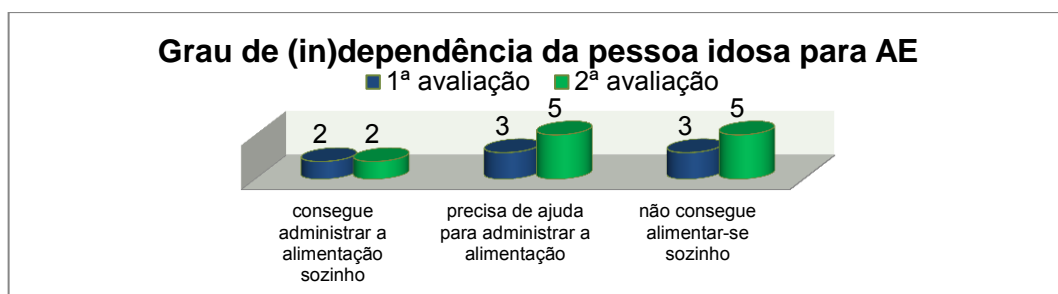
Foram igualmente observados os registos relativamente aos **hábitos alimentares do idoso**. Também aqui se verifica que os mesmos foram registados na sua totalidade, o que evidencia um progresso ao nível de registo de informação, comparativamente à primeira observação dos registos

Gráfico 5 – Resultados relativos à categoria “Conhece os hábitos alimentares do cliente idoso” - fase de evolução



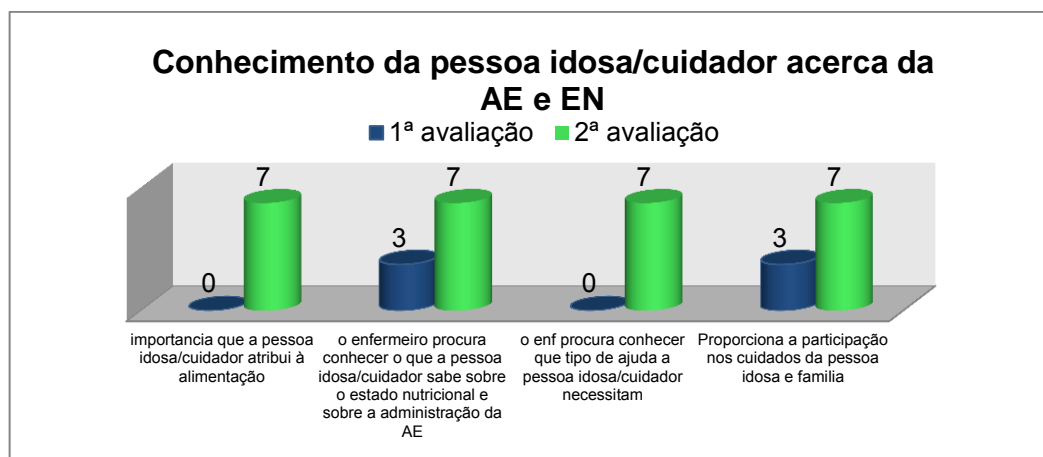
Em relação aos registos do **Grau de (in) dependência do idoso para a alimentação**, constatou-se uma evolução em termos de informação registada nos processos em comparação com a primeira observação, sendo que correspondem aos máximos possíveis, porque só 2 idosos possuíam a capacidade de administrar a AE, e 5 não conseguiam alimentar-se sozinhos, precisando de ajuda para o efeito (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Resultados comparativos relativos à categoria “Grau de (in) dependência do cliente idoso para a alimentação” - fase de avaliação



O registo e conhecimento destas dimensões, atrás analisadas, da fase Revelar-se do Modelo de Parceria de Gomes (2009) são fundamentais para se delinearem estratégias negociadas em conjunto com o idoso/cuidador familiar, definindo objetivos comuns para promover o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro. Na segunda fase do modelo de parceria - **ENVOLVER-SE**, procurou verificar-se a existência de informação nos registos em relação ao **conhecimento do idoso/cuidador familiar acerca da AE e EN**. Foi possível constatar que na totalidade dos processos analisados existiam registos relativamente a esta dimensão. Isto revela, uma vez mais, a preocupação da equipa de enfermagem em registar informação essencial, desenvolvendo o processo de parceria em conjunto com o idoso/cuidador familiar, para conhecer o seu potencial de desenvolvimento. (Gráfico 7).

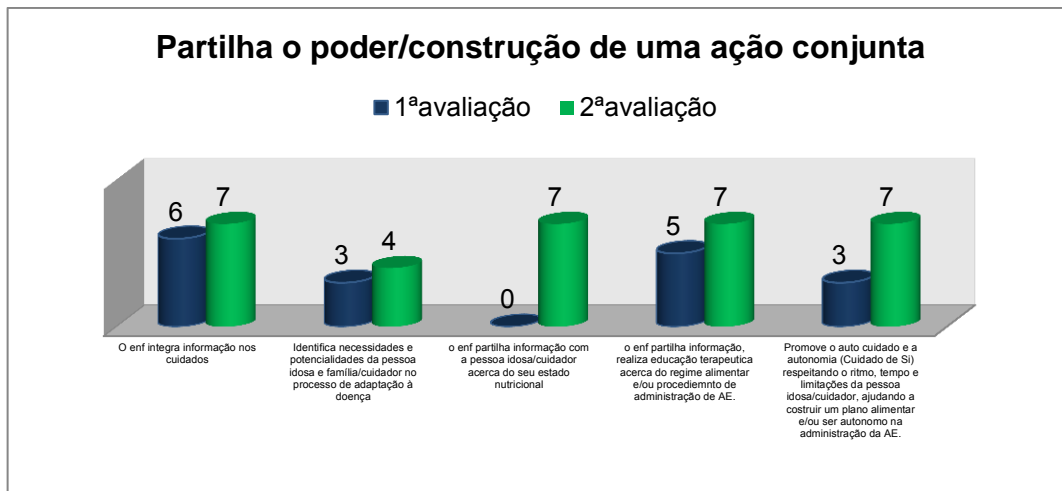
Gráfico 7 – Resultados comparativos relativos à categoria “Conhecimento do cliente idoso/cuidador acerca da alimentação entérica e estado nutricional” - fase de evolução



Relativamente à 3ª fase do modelo de parceria- **POSSIBILITAR OU CAPACITAR** – na dimensão **partilha o poder/construção de uma ação conjunta**, verificou-se um progresso claro, na informação registada acerca desta dimensão. Nesta fase o enfermeiro deve promover um processo informado e negociado, onde se partilha a responsabilidade e poder, mobilizando o conhecimento que detem da pessoa,

adquirido nas fases anteriores, de forma a transformar as suas capacidades potenciais em reais, para que o idoso possa prosseguir o seu projeto de vida, assumindo o cuidado de Si, ou quando o familiar cuidador assume o controlo do cuidado do Outro.

Gráfico 8 – Resultados relativos à categoria “Partilha poder/construção de uma ação conjunta” - fase de avaliação



No que diz respeito à 4ª fase do modelo de parceria - **COMPROMETER-SE**, através da dimensão **desenvolve competências para atingir os objetivos comuns**, constatou-se a existência de registos em relação a esta dimensão, em todos os processos, o que denota que a intervenção do enfermeiro visa capacitar o idoso e familiar cuidador, ajudando-o a desenvolver essas capacidades, com base em estratégias definidas em conjunto, estabelecendo metas exequíveis (Gráfico 8).

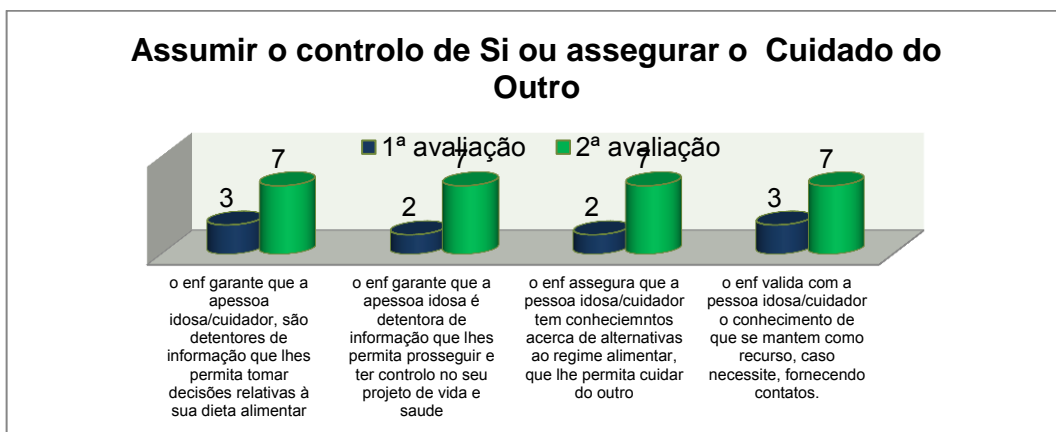
Gráfico 8 – Resultados comparativos relativos à categoria “Desenvolve competências para atingir os objetivos comuns” - fase de avaliação



Por fim, relativamente à 5ª fase do modelo de parceria- **ASSUMIR O CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO**, constatou-se em todos os processos, registos relativos a esta dimensão, nomeadamente quanto ao cuidador ter conhecimentos acerca das alternativas ao regime alimentar, que lhe permitisse cuidar do idoso, e que é detentor de informação que lhe permite tomar as melhores

decisões relativamente ao regime alimentar. Isto denota que o trabalho de Parceria do enfermeiro em visitação domiciliária, é estabelecido com o idoso que l  habita, mas tem que ser sustentado no trabalho de Parceria com o cuidador familiar que assegura o cuidado do Outro, e que também precisa de cuidados.

Gráfico 9 – Resultados relativos à categoria “Assumir ou assegurar o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro” - fase de evolução



## **REFLEXÃO FINAL SOBRE A ANÁLISE COMPARATIVA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM**

Após a aplicação da grelha de análise aos registos de enfermagem dos idosos com AE acompanhados neste projecto, constatou-se uma evolução que denota uma preocupação por parte dos enfermeiros em registar mais e em ser mais específico naquilo que regista.   também de salientar que, efectivamente, os registos espelham a intervenção em Parceria quer com o idoso, quer com o cuidador familiar, bem como a avaliação nutricional que passou a realizar-se, integrada na avaliação multidimensional da pessoa idosa.

Verificou-se uma evolução ao nível de registos nos processos de enfermagem em todas as dimensões do modelo de parceria observadas.

Contribuíram para estes resultados, a construção de um novo instrumento de registos, que tendo por base as fases do modelo de parceria, facilita a recolha de informação acerca do idoso em todas as suas dimensões, e melhora a continuidade de cuidados. A equipa esteve sensível para a importância de conhecer o idoso e de se registar, para o posterior delineamento de estratégias em conjunto, definindo objetivos comuns, para assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, para que o idoso possa prosseguir o seu projeto de vida e saúde.

Quanto às intervenções educativas estas também ficam registadas em folha própria que serve como um guia orientador para as mesmas. Por outro lado, a apresentação

do projecto, feita na fase de diagnóstico e que apresentou dados objectivos da prestação de cuidados da equipa de Cuidados Continuados Integrados, permitiu dar a conhecer o Modelo de Parceria com base naquilo que a equipa já fazia, o que facilitou a apreensão dos conceitos subjacentes ao Modelo e refinou a intervenção dos enfermeiros nas visitas domiciliárias, porque se reconheceram na Parceria, e viram nesta forma de intervir uma mais valia para o idoso com AE e familiar cuidador, no domicílio.

Em suma, os registos espelham o envolvimento da equipa de enfermagem, que reflete a intervenção em Parceria, com os idosos e cuidadores familiares, ao longo da implementação deste projecto. Desta maneira contribuindo para prevenir a desnutrição, promover a vida dos idosos que estão em casa a fazer AE, assim como ajudar os seus cuidadores familiares que têm que assumir o Cuidado do Outro. O papel do enfermeiro é muito reconhecido junto da população.

## **APENDICE 5**

### **INSTRUMENTO DE REGISTOS DE ENFERMAGEM PARA IDOSOS COM AE**

## UTENTES COM ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA

Nome pelo qual gosta de ser chamado \_\_\_\_\_ idade \_\_\_\_\_

Data nascimento	Profissão desempenhada
-----------------	------------------------

Escolaridade \_\_\_\_\_ Crenças religiosas \_\_\_\_\_

Cuidador/pessoa de referência \_\_\_\_\_ grau de parentesco \_\_\_\_\_

Contato telefônico

Hábitos de vida   fumador: sim   não   bebidas alcoólicas: sim   não

**Moeda:** \_\_\_\_\_

Localidade	Tipo de habitação	n.º divisões:
------------	-------------------	---------------

Acessos:escada    elevador    piso térreo    Habitação própria: sim    não

Vizinhaça \_\_\_\_\_ Agregado familiar/com quem vive \_\_\_\_\_

**Genotype:**

Doenças	
Internamentos (datas)	
Alergias medicamentosa	

Conhece os medicamentos que toma? Sim não

Cumprir plano terapêutico? Sim      não      observações

Quem gere, prepara e administra a medicação?

Medicação habitual

[illegible]

Apoio/Rede social	
Quem apoia mais na vida do doente (nome, grau de parentesco, etc):	
Centro de dia ou outro de acolhimento (nome):	
Informação de contacto:	

#### Avaliação da autonomia funcional

Tem alguma atividade física? \_\_\_\_\_

Na sua vida diária tem ou não atividades essenciais de ajuda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	SOCORRIMENTAL	OUTRAS AVALIAÇÕES
Índice de Barthel		
Índice de Lawton e Brody		
MMSE		

#### CONHECIMENTO DA DIFERENÇA/PERCEÇÃO DO QUANTO SE FAZ À SITUAÇÃO ATUAL

Data de colocação do sofo: \_\_\_\_\_ ano do sofo: \_\_\_\_\_ nível de cuidado: \_\_\_\_\_

Data de substituição: \_\_\_\_\_ motivo da colocação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O seu estado sobre a sua doença/sua doença sobre a doença do seu familiar? \_\_\_\_\_

O seu grau de saber? \_\_\_\_\_

Que alterações vêem à sua vida/sua vida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como vêem que a alteração física está a interferir na sua rotina de vida (se alterações existirem/existirem face à situação atual com futuro) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O seu estado sobre o seu grau de alteração (alteração física)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### DESIJO DO MEDICAMENTO

47 referências: \_\_\_\_\_ no caso: \_\_\_\_\_

Que grau de alteração (se (severidade ou validade): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alterações referidas: \_\_\_\_\_

Alterações que não foram: \_\_\_\_\_

Quem adverte as alterações? \_\_\_\_\_ quem os (os/as)? \_\_\_\_\_

Em as referências em casa? \_\_\_\_\_ onde? \_\_\_\_\_

Admite-se as referências sobre a vida? Sim ou não quem adverte sobre a sua substituição? \_\_\_\_\_

Alterações da mudança: \_\_\_\_\_ e como devida: \_\_\_\_\_

O tratamento: \_\_\_\_\_

Foi fornecido folheto informativo com sintomas? \_\_\_\_\_



#### 14 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

DATA avaliação nutricional	Score INHA

Alimento escolhido (forma e quantidade) acerca da avaliação com base no score obtido? \_\_\_\_\_

#### DESIGNO DE COMBINAÇÕES

Exemplo: Alimento: \_\_\_\_\_ variedade: \_\_\_\_\_ quantidade: \_\_\_\_\_ sem substituições: \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_ sendo de consumo diário ou não? \_\_\_\_\_

Apresentação da sonda: quais de deficiência ou falta? \_\_\_\_\_ ou aus? \_\_\_\_\_

PROBLEMAS IDENTIFICADOS PELO USUÁRIO/QUIDADOR: \_\_\_\_\_

#### PLANO DE QUIDADOS

Área de intervenção	Diagnóstico de enfermagem	Intervenção definida em parceria para capacitar ou possibilitar a assumir a responsabilidade de si
Cuidado imediato da doença		
Cuidado medicamentoso		
Cuidado regime alimentar		
Cuidado da complicações		
outra		
outra		

#### 24 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

DATA avaliação nutricional	Score INHA

Alimento escolhido (forma e quantidade) acerca da avaliação com base no score obtido? \_\_\_\_\_

#### DESIGNO DE COMBINAÇÕES

Exemplo: Alimento: \_\_\_\_\_ variedade: \_\_\_\_\_ quantidade: \_\_\_\_\_ sem substituições: \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_ sendo de consumo diário ou não? \_\_\_\_\_

Apresentação da sonda: quais de deficiência ou falta? \_\_\_\_\_ ou aus? \_\_\_\_\_

PROBLEMAS IDENTIFICADOS PELO USUÁRIO/QUIDADOR: \_\_\_\_\_

#### PLANO DE QUIDADOS

Área de intervenção	Diagnóstico de enfermagem	Intervenção definida em parceria para capacitar ou possibilitar a assumir a responsabilidade de si
Cuidado imediato da doença		
Cuidado medicamentoso		
Cuidado regime alimentar		
Cuidado da complicações		
outra		
outra		

## REGISTOS DE ENFERMAGEM UTENTES COM ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de colocação \_\_\_\_\_

Tipo de sonda \_\_\_\_\_

Nível de travão \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL: MNA-SF

DATA	SCORE	RESULTADO	Próxima avaliação	Assinatura

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS	Fecho anota	Validade informação	Fecho anota	Validade informação	Fecho anota	Validade informação
Conhecimento sobre processo de saúde-doença/percepção do cuidador face à situação atual						
Objectivos da alimentação entérica (AE)						
Definição de Peg/SNG/AE						
Conhecimentos sobre gestão de complicações						
Cuidados de higiene periestoma/náris						
Rotação diária da Peg						
Despiste de complicações						
Sonda com sinais de deficientes cuidados						
Dor						
Sinais inflamatórios locais (estoma/náris)						
Exsudado						
Hipergranulação do estoma						
Outro						
Conhecimentos sobre gestão do regime alimentar						
Alergia alimentar	Quais:					
Alimentos preferidos						
Adequação da consistência dos alimentos						
Confeção das refeições						
Quantidade a administrar						
Plano alimentar individualizado						
Hidratação						
Adequação em situação de diarreia						
Horários						
Especificar:						
Conhecimento sobre regime medicamentoso						
Administração da medicação						
Horários da medicação						
Alergia medicamentosas	Quais:					

Observações:

**APENDICE 6**  
ESTUDO DE CASO

# **ESTUDO DE CASO**

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do estágio desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade inserido no curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica da área de especialização de cuidados à pessoa idosa, a elaboração deste estudo de caso torna-se uma estratégia de reflexão, convergindo para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão e melhoria contínua dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

Um estudo de caso, como uma metodologia qualitativa de investigação, incide sobre uma situação específica, procurando descobrir o que há nela de mais fundamental. Trata-se de explorar e descrever um fenómeno com recurso a vários métodos como sejam a observação e entrevista, contribuindo para melhor compreender situações de cuidados de enfermagem (Benner, 2001; Fortin, Côté & Filion, 2009).

Na senda dos objectivos para o estágio seleccionou-se uma situação complexa de cuidados que constituísse oportunidade de intervenção de enfermeiro especialista, contribuindo para o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, expressas através de intervenções com base no modelo de Parceria para prevenção da desnutrição da pessoa idosa que se encontra em casa a fazer alimentação entérica.

A construção do processo de parceria desenvolve-se em cinco fases: revelar-se; envolver-se com a pessoa idosa e cuidador familiar; capacitar ou possibilitar o cuidado do Outro; comprometer-se; e assumir o cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2013)

A seguir apresenta-se a descrição da situação considerando as cinco fases do Modelo de Parceria e onde se inclui o projeto de cuidados. Termina com uma reflexão final no relatório de atividades, onde será avaliado o percurso deste trabalho. A metodologia utilizada será descritiva e reflexiva.

## **DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO**

### **FASE REVELAR-SE**

---

Conhecer a pessoa e o seu potencial de desenvolvimento, bem como perceber a situação atual e o seu significado no seu projeto de vida, permite construir uma relação terapêutica assente na parceria (Gomes, 2013). Por outro lado, é a oportunidade do enfermeiro se dar a conhecer, promovendo um encontro para o início do trabalho em parceria.

Para além da entrevista realizada para a recolha dos dados mais subjetivos e específicos sobre a pessoa idosa, usaram-se instrumentos de medida validados, fundamentais para um diagnóstico rigoroso e que sustentam a implementação de intervenções preventivas e terapêuticas (Sequeira, 2010; Vieira, 2013).

#### **Identificação da pessoa idosa**

A D. R. tem 91 anos, eurocaucasóide, nasceu em Abrantes, vive numa freguesia de Odivelas desde 19 anos de idade. Ficou viúva há 10 anos e tem 5 filhas.

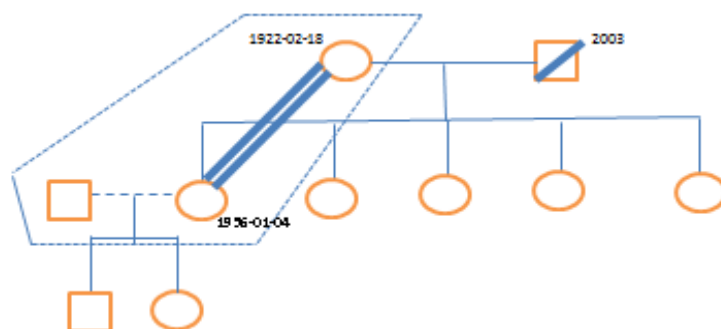
#### **Contexto de vida da pessoa idosa**

Vive na casa da filha mais nova, de cinco, que é cuidadora principal. A casa é uma vivenda, espaçosa, arejada, tem luz natural, tem um quarto só para si, com cama articulada e colchão de pressão alterna. Fazem parte do agregado familiar o genro, e essa filha que é cuidadora principal.

A situação sócio-económica não é indicadora de problemas, sofre uma reforma que ajuda a filha nas despesas mensais, está a ser tratado o certificado Multiusos de incapacidade para isenção de pagamentos de taxas moderadoras.

A D. R. era uma pessoa bastante ativa, trabalhava cerca de 12 horas por dia, segundo a filha, e reformou-se com 67 anos, mas trabalhou até aos 70 anos. Frequentou a escola primária, sabia ler e escrever.

## Genograma da família da D. R.:



### História de doença do cliente e impacto na sua vida pessoal e familiar

**Antecedentes pessoais:** fratura de anca com cirurgia há 12 anos; Bloqueio AV 1º grau; Demência vascular/ Alzheimer; AVC há 3 e 6 meses; Osteoporose deformante e incapacitante; Psoríase; HTA. Medicada com: Furosemida 40mg de manhã, omeprazole 40mg de manhã, AAS150mg ao almoço, aricept 10 ao almoço e Buscopan sos.

### **Situação de doença actual/Identificação de problemas**

Trata-se de uma idosa já seguida em equipa de Cuidados Continuados Integrados, admitida na Rede Nacional de Cuidados Continuados em maio 2010, após agravamento da sua doença de Alzheimer, com internamento hospitalar e surgimento de úlcera de pressão no trocânter direito. Tem história de internamentos por AVC, infecção urinária, recusa alimentar, disfagia e pneumonia de aspiração.

Apresenta dependência total nas suas actividades de vida diária (índice de Barthel com score 0 o que revela dependência total), e dependência severa para a realização das actividades instrumentais de vida diárias (avaliada a partir do índice de Lawton-Brody com score 20). Apreciando alguns dos fatores de risco presentes evidenciam-se as limitações graves da mobilidade, da sensibilidade, e da capacidade de comunicar e se proteger. Da avaliação do risco de úlcera de pressão com a aplicação da Escala de Braden<sup>3</sup>, tendo obtido

---

<sup>3</sup> Validada para Portugal por Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia.(2001); original de

10 pontos, sobressai a necessidade de implementar intervenções devido ao alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. É dependente também na alimentação e hidratação, sendo alimentada pela filha, por sonda naso gástrica. Quanto ao estado nutricional foi feita avaliação com recurso ao Mini Nutritional Assessment – short form (MNA-SF), que nos evidencia estar sob risco de desnutrição, com 10 pontos. Este resultado é muito afectado pela avaliação da mobilidade e existência de demência grave, e evidencia a necessidade de intervenção para melhorar o estado nutricional, prevenindo a desnutrição.

### **Avaliação dos hábitos e estilos de vida**

Hábitos nutricionais: faz 7 refeições por dia, de 250 a 300ml, via entérica (SNG). Ao pequeno almoço (9h) faz papa de leite com café e pão, ou leite com bolachas maria, ou papa nestum; ao meio da manhã (11h) faz uma papa de fruta e bolacha, ou sumo de fruta; ao almoço (13h) faz uma sopa de legumes (com batata, ou massa, ou arroz) e carne ou peixe; ao lanche (16h) faz uma papa de iogurte com bolachas, ou chá com bolachas, ao jantar (19h) faz novamente sopa enriquecida com carne ou peixe ou ovo e à ceia (22h) um copo de leite simples ou com Nestum. É assegurada a ingestão de cerca de 1,5 litros de líquidos, entre chá e água. É a filha que confeciona as refeições de acordo com os gostos pessoais da mãe que ela bem conhece. Tem por hábito fazer os chás preferidos, alguns bolos em substituição do pão, e dá-lhe a provar determinados alimentos mantendo a sensação gustativa, relacionando-os com determinadas épocas do ano, como por exemplo as filhoses no Natal. Não tem peças dentárias, mas são-lhe assegurados cuidados de higiene oral diários, assim como hidratação da mucosa oral.

Eliminação vesical e intestinal: apresenta incontinência vesical e intestinal, usa fralda 24h por dia, onde urina em grande quantidade (faz diurético) e evacua quase diariamente.

Sono e repouso: habitualmente dorme cerca de 7 horas à noite, mas também dorme durante o dia, mantendo-se sempre calma, sem agitação psico-motora, não necessitando de fazer medicação ansiolítica ou outra.

Mobilidade: permanece no leito grande parte dos dias, a filha faz-lhe levantar cerca de 3 vezes por semana, para um sofá. Tem cama articulada e colchão de pressão alterna, num quarto com luz natural, com música ambiente e com vários dispositivos necessários para os cuidados diários, quer de higiene, quer de alimentação. Não ocorreu nenhuma queda no último ano.

### **Conhecimentos e recursos da pessoa idosa/cuidador familiar**

A cuidadora familiar é a filha mais nova de cinco filhas, que sempre coabitou com a mãe, com quem tem uma relação próxima, assumindo o Cuidado da mãe, como se fosse a própria, pois conhece a sua história e seu projecto de vida. Refere que lhe prometeu “*nunca a vou deixar, minha mãe*”. Recusa internamentos da mãe, pelo que depende de um intenso trabalho de parceria com a equipa da UCC, para assegurar o conforto máximo da mãe em casa, no seu ambiente. Desta forma, considerou-se pertinente avaliar a sobrecarga desta cuidadora, através da Escala de Zarit, para perceber a necessidade de apoio e planear a intervenção junto da mesma, nomeadamente intervenções educativas, potenciando as suas capacidades.

### **Fase ENVOLVER-SE**

---

De acordo com Gomes (2013) esta fase, caracteriza-se pela criação de um ambiente de reciprocidade onde se estabelece tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, que permita ir ao encontro do cliente. O contexto dos cuidados no domicílio é um contexto privilegiado para desenvolver essa relação de confiança, retirando contributos que são utilizados na intervenção terapêutica.

Conhecer a capacidade funcional da pessoa idosa, saber que conhecimentos o familiar cuidador possui, as limitações existentes (decorrentes ou não da doença) bem como conhecer as suas motivações e identificar os recursos possíveis na promoção do Cuidado de Si/Outro, são possíveis nesta fase. Estar



envolvido com o familiar cuidador é fundamental para assegurar o cuidado do outro. Neste sentido, através das visitas domiciliárias que se fazem duas ou três vezes por semana, dos contactos telefónicos frequentes entre a cuidadora e a enfermeira gestora de caso da equipa da UCC, é possível conhecer as necessidades e as capacidades potenciais, tornando-as em capacidades reais da cuidadora, para dar resposta atempada. A cuidadora familiar é parceira de cuidados de manutenção de vida da pessoa idosa.

A vontade e intenção da filha em manter a mãe em casa, prestando-lhe cuidados, vai de encontro àquilo que a própria queria para Si, sendo que sobressai o respeito pela dignidade e autodeterminação. Nesta fase de envolvimento, percebemos que a filha recebe muito bem o acompanhamento dado pela equipa, assim como todas as intervenções educativas. Notório no momento de preparação para a colocação de PEG, em que se efectuou uma **conferência familiar**<sup>4</sup>, com resultados positivos na tomada de decisão e aceitação da mesma, permitindo uma melhor adaptação a esta nova situação.

### **Fase CAPACITAR/POSSIBILITAR**

---

Esta fase do modelo de parceria, proporciona uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, integrando a partilha dos significados da experiência de vida da pessoa idosa na ação, ou quando não possui essa capacidade, a intervenção é no sentido de assegurar o cuidado que o Outro deveria ter consigo (Gomes, 2013), junto do familiar cuidador.

Está implícita a transmissão de informação e a reflexão de intervenções/estratégias negociadas que visem a transformação de capacidades potenciais em capacidades reais. A mobilização do conhecimento multidimensional sobre a pessoa idosa/cuidador familiar e o seu contexto de vida são determinantes para promover o Cuidado de Si ou capacitar o assumir do cuidado do Outro. Ao estar com a pessoa idosa e cuidador familiar é possível perceber reais dificuldades, no seu meio ambiente, no seu dia-a-dia,

---

<sup>4</sup> Conferência Familiar corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família e tem por objectivos: explorar opções terapêuticas, apoiar na tomada de decisões relativas a dilemas relacionados com questões de nutrição, hidratação, internamento; discutir assuntos de interesse específico dos familiares, prestar apoio e aconselhamento, validar o esforço e trabalho da família, convidar à expressão das preocupações e medos (Neto, 2003)

assim como os recursos que dispõem ou que fazem falta para assumir o cuidado do Outro.

### **Fase COMPROMETER-SE**

---

Esta fase diz respeito a uma conjugação de esforços no sentido de se atingirem os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo e a progressão do projeto de vida e saúde. Destaca-se a importância do acompanhamento e trabalho em parceria para que se atinjam os objetivos da passagem de uma capacidade potencial para real (Gomes, 2013).

Este pressupõe um plano de cuidados para a promoção do cuidado de si ou para assegurar o cuidado do Outro. A seguir apresenta-se o plano de cuidados desenvolvido para esta pessoa idosa e familiar cuidador e que teve por base os problemas identificados anteriormente. Para uma melhor compreensão apresenta-se sob a forma de tabela onde se expõem esses problemas, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem para atingir esses resultados com base nos compromissos estabelecidos em parceria.

Problema identificado	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceira
<p>Alto risco de úlcera de pressão relacionado com a imobilidade, incontinência vesical, e estado nutricional.</p> <p>(Score de 10 pontos na Escala de Braden)</p>	<p>Não agravamento de úlcera do trocânter direito e não aparecimento de úlceras de pressão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos ao cliente e que potenciam o desenvolvimento de úlceras de pressão.</li> <li>Aplicar a Escala de Braden para monitorização do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.</li> <li>Vigiar a pele avaliando-a quanto à temperatura, cor, humidade, turgidez e integridade.</li> <li>Informar a cuidadora familiar sobre alternativas de suplementação alimentar hiperproteica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A cuidadora comprometeu-se a vigiar a pele, através da observação diária, e a contactar telefonicamente caso detecte alguma alteração.</li> </ul>
<p>Risco de desnutrição relacionado com processo demencial grave e imobilidade (score 10 no MNA-SF)</p>	<p>Melhorar estado nutricional para estado nutricional normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Junto da cuidadora familiar sondar conhecimentos que detem sobre a nutrição adequada a pessoas idosas com dispositivo SNG, através de: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aferir regime alimentar diário praticado (horários, quantidades, composição das refeições);</li> <li>- observar destreza e técnica na administração da alimentação por SNG;</li> <li>- observar a prestar cuidados de higiene e a posicionar no leito;</li> </ul> </li> <li>Aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment-short form</i> para avaliação do estado nutricional e comunicação dos resultados;</li> <li>Planear intervenções educativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- importância da prevenção da desnutrição para a prevenção de complicações, nomeadamente úlceras de pressão, desidratação, consequentes internamentos e desconforto;</li> </ul> </li> </ul>	<p>- Construir com a cuidadora o plano alimentar individualizado, partilhando “receitas” das refeições, em suporte de papel.</p> <p>- a cuidadora comprometeu-se a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>monitorizar a quantidade de água/dia (garrafa de água junto da cama);</li> <li>Registar novas receitas que vai explorando, para posterior partilha com outros cuidadores, criando um livro de receitas para alimentação entérica.</li> </ul>

Risco de Sobrecarga do cuidador (score Escala de Zarit 47)	Proporcionar apoio à cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planear <b>conferência familiar</b> com objectivo de detetar necessidades da cuidadora, articular interajuda com restantes filhas da D. R. no apoio à cuidadora principal e para descanso desta; discutir assuntos de interesse dos familiares como sejam a transição para colocação de Peg em alternativa à SNG; prestar apoio e aconselhamento; validar o esforço e trabalho da família; apoiar a tomada de decisão.</li> <li>▪ Planear visita domiciliária 3 vezes por semana, ou sempre que necessário, mediante contacto telefónico;</li> <li>▪ Solicitar avaliação da assistente social para reactivar apoio domiciliário de ajudantes familiares, para descanso da cuidadora (já teve apoio de ajudantes familiares para a higiene, mas desistiu, por pensar que conseguia fazer tudo sozinha).</li> </ul>	<p>A cuidadora comprometeu-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a articular com a irmã X a prestação de cuidados de higiene à mãe, dois dias por semana, para poder ter uma ocupação laboral remunerada e que lhe confere sentimentos de realização profissional, segundo a própria, conferindo-lhe algum descanso;</li> <li>- a reunir com assistente social para ponderar voltar a ter ajuda para a higiene da mãe, de ajudantes familiares.</li> </ul>
--	--------------------------------	--	---

## **ASSEGURAR OU ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU DO OUTRO**

Nesta última fase do modelo de parceria a pessoa idosa assume o controlo do seu projeto de vida e saúde, informado e com capacidade de decisão, acerca do que é melhor para si, para o seu conforto e bem-estar; ou o familiar cuidador adquire a capacidade para cuidar da pessoa idosa doente, tendo em conta, decisões partilhadas, em que o enfermeiro se mantém como recurso e assegura que o idoso possa continuar a sua trajectória de vida (Gomes, 2013). Foi desenvolvido um trabalho com base no conhecimento das necessidades da D. R. e das necessidades da cuidadora familiar. Desta forma os objectivos do plano de cuidados foram grandemente atingidos, nomeadamente quanto ao não aparecimento de outras úlceras de pressão e não agravamento da existente no trocânter direito; quanto ao estado nutricional obteve-se uma melhoria pela avaliação física global, com um aumento da circunferência da perna de 33 para 36 cm, embora tivesse mantido o score final do MNA-SF.

Por outro lado investiu-se muito no apoio à cuidadora, nomeadamente através de intervenções educativas, recorrendo a instrumentos criados para o efeito, como um panfleto de apoio sobre cuidados com dispositivo Peg. O reforço positivo foi uma estratégia pedagógica utilizada, e uma mais valia, pois a criatividade da cuidadora na confecção das refeições originou o registo da mesmas e a criação de um plano alimentar que pode ser de grande utilidade para outras pessoas nas mesmas condições. Deste modo a intervenção para a prevenção da sobrecarga da cuidadora passou pelo apoio para a gestão de sentimentos que acompanham a responsabilidade de cuidar do familiar doente no domicílio, nomeadamente o medo a frustração ou a tristeza; pela supervisão e orientação dia-a-dia, em cada visita ao domicílio ou telefonicamente (Gratão, *et al.*, 2013).

Enquanto enfermeira candidata a mestre e especialista é com grande contentamento que analiso reflexivamente todo o trabalho desenvolvido com esta cuidadora familiar e pessoa idosa, uma vez que, em parceria, através do conhecimento das suas necessidades e capacidades e do estabelecimento de compromissos, se promoveu que assegure o Cuidado do Outro, cuidando-se. Cuidar do doente idoso no seu domicílio proporcionou desenvolver competências centradas na valorização da autonomia, respeito, negociação e partilha de poder, uma vez que ele se encontra no seu ambiente (Gomes, 2013).

## BIBLIOGRAFIA

- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusodidacta.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. P., & Zago, M. M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência.
- Gratão, A. C. M. et al. (2013). Dependência funcional de idosos e sobrecarga do cuidador. *Revista Escola Enfermagem USP*. 47(1). 137-144.
- Neto, I. G. (2003) A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Familiar*. 19(1), 68-74.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

## **APENDICE 7**

### **PLANDO ALIMENTAR**

## PLANO DE REFEIÇÕES PARA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA



REFEIÇÃO S	HORA S	SUGESTÃO S
Pequeno-almoço 200-300ml	8h	<del>Papa milho</del> ou Papa tipo <del>oatmeal</del> ou <del>cereia</del> feita com leite Melo-Gordo ou Batido de leite: leite Melo-Gordo + 1 peça de fruta (maçã/pêra/banana/morango/manga/pêssego/entre outras) + 3 bolachas maria ou Batido de iogurte: iogurte líquido + 3 bolachas Maria/bolacha torrada/bolacha de água e sal + 1 peça de fruta
Melo-da-manhã 200-300ml	11h30	iogurte líquido ou 1 copo de leite Melo-Gordo ou batido de frutas: fruta cozida/assada triturada na água de cozedura ou sumo tipo néctar.
Almoço 250-300ml	13h30	Sopa de legumes: batata /massa /arroz /feijão /grão /fava /ervilhas <del>e</del> <del>batatas</del> (cenoura /abóbora /alho francês /nabo /cenoura /espinafres /brócolos/entre outras) + carne /peixe /ovo. Temperada com sal e azeite. Muito bem triturado.
Lanche 200-300ml	16h30	<del>Papa milho</del> ou Papa tipo <del>oatmeal</del> ou <del>cereia</del> feita com leite Melo-Gordo ou Batido de leite: leite Melo-Gordo + 1 peça de fruta (maçã/pêra/banana/morango/manga/pêssego/entre outras) + 3 bolachas maria ou Batido de iogurte: iogurte líquido + 3 bolachas Maria/bolacha torrada/bolacha de água e sal + 1 peça de fruta
Jantar 250-300ml	18h30	Sopa de legumes: batata /massa /arroz /feijão /grão /fava /ervilhas <del>e</del> <del>batatas</del> (cenoura /abóbora /alho francês /nabo /cenoura /espinafres /brócolos/entre outras) + carne /peixe /ovo. Temperada com sal e azeite. Muito bem triturado.
Ceia 200-300ml	22h30	<del>Papa milho</del> ou Papa tipo <del>oatmeal</del> ou <del>cereia</del> feita com leite Melo-Gordo ou iogurte líquido ou 1 copo de leite Melo-Gordo.



## PLANO DE REFEIÇÕES PARA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA –DIARREIA



REFEIÇÕES	HORAS	SUGESTÕES
Pequeno-almoço 200-300ml	8h	Papa de arroz (tipo <del>cozido</del> de arroz) feita com chá de ervas ou leite sem lactose* ou Batido de leite: leite sem lactose* + 1 peça de fruta cozida/assada (maçã ou pêra) + 3 bolachas Maria/tomada/água e sal
Melo-da-manhã 200-300ml	11h30	Batido de fruta: fruta cozida/assada triturada na água de cozedura ou 1 copo de leite sem lactose ou sumo tipo néctar (pêra, pêssego, alperce).
Almoço 260-300ml	13h30	Caldo de arroz ou creme de cenoura: batata/ arroz + hortícolas (cenoura/abóbora/nabo/silho-francês) + carne/peixe/ovo. Temperada com sal e azeite. Muito bem triturado.
Lanche 200-300ml	16h30	Papa de arroz (tipo <del>cozido</del> de arroz) feita com chá de ervas ou leite sem lactose* ou Batido de leite: leite sem lactose* + 1 peça de fruta cozida/assada (maçã ou pêra) + 3 bolachas Maria/tomada/água e sal
Jantar 260-300ml	19h30	Caldo de arroz ou creme de cenoura: batata/ arroz, hortícolas (cenoura/abóbora/nabo/silho-francês), e carne/peixe/ovo. Temperada com sal e azeite. Muito bem triturado.
Ceia 200-300ml	22h30	Papa de arroz (tipo <del>cozido</del> de arroz) feita com chá de ervas ou leite sem lactose* ou Batido de leite: leite sem lactose* + 1 peça de fruta cozida/assada (maçã ou pêra) + 3 bolachas Maria/tomada/água e sal.



## RECOMENDAÇÕES GERAIS:

1 – As horas das refeições são mera orientação, no entanto, o intervalo entre as refeições não deve ser superior a 3h00-3h30.

2 – Evitar administrar volumes por refeição superiores a 300ml.

3 – As refeições são compostas por alimentos de consistência pastosa/líquida.

4 – Deve passar ou triturar os alimentos após a sua confeção, de forma a adquirir uma consistência líquida/pastosa. Se necessário, pode adicionar mais líquidos.

5 – No intervalo das refeições deve assegurar a administração de água/chá de ervas.

6 – No caso de diarreia:

— Deve reforçar o aporte hídrico;

- Evitar alimentos ricos em fibra, nomeadamente, brócolos, couve-flor, espinafres, agrião, tomate, alface, pepino, rabanete, repolho, cebola, couves, entre outros, leguminosas (feijão, grão, fava, ervilha, lentilha, milho, soja em grão, entre outros).

- Evitar leite e derivados. O leite pode ser substituído por leite sem lactose, que se vende no super/hipermercado. O iogurte pode igualmente ser substituído por iogurte sem lactose que se vende no super/hipermercado.

7 – Em caso de utentes diabéticos, algumas das sugestões apresentadas devem ser ponderadas, nomeadamente o uso de papa tipo Nestum, assim como evitar a adição de açúcar e mel.

## **APENDICE 8**

PANFLETO ELABORADO PARA OS CUIDADORES FAMILIARES

## CUIDADOS À PELE JUNTO DA INSERÇÃO DO TUBO PEG

1) Observar diariamente a pele despidando sinais inflamatórios: exsudado, vermelhidão, calor anormal, sensibilidade anormal/dor.

2) Lavar diariamente a pele em redor com água e sabão neutro e secar muito bem.

### OBSERVAÇÕES:



BIBLIOGRAFIA: BEST, C. J. HYTHINGS, H. (2010). ENTERAL TUBE FEEDING FROM HOSPITAL TO HOME. BRITISH JOURNAL OF NURSING, 19(9), 178-179. HYTHINGS, H., BEST, C., STEED, J. (2018). HOME ENTERAL TUBE FEEDING IN OLDER PEOPLE: CONSIDERATION OF THE ISSUE. BRITISH JOURNAL OF NURSING, 19(18), 1150-1154.

## ALIMENTAÇÃO

## ADAPTADA A

## SONDA PEG



## CUIDADOS A TER

## PEG

O que é?

## Gastrostomia Endoscópica Percutanea

Consiste na inserção de uma sonda no estômago através da pele, com controlo endoscópico (endoscopia), criando uma ligação direta ao estômago (estoma).

(Slater, 2009)



## CUIDADOS A TER:

Lavar as mãos com água e sabão;



Posicionar a pessoa numa posição quase sentada.



Verificar a existência de conteúdo gástrico, aspirando-o com a seringa de alimentação. Se este for superior a 100cc voltar a introduzir o mesmo e não alimentar, esperando 2 horas para voltar a verificar e alimentar.



Preparar a alimentação de acordo com o plano alimentar, com a máxima higiene, em recipiente adequado e limpo, podendo guardar no frigorífico durante 24h.



A temperatura dos alimentos deve ser morna, e estes devem ser bem triturados, evitando obstrução.

Verificar local de inserção do tubo e posição do mesmo.



### DURANTE A ALIMENTAÇÃO:

- Dar lentamente o preparado confeccionado conforme o plano alimentar, mantendo a pessoa na posição de sentado ou semi-sentado.

- a alimentação deve estar morna ou temperatura ambiente;



### APÓS A ALIMENTAÇÃO

Lavar a sonda PEG com 50-100 ml de água.

### SINAIS DE ALERTA

Os cuidados adequados ajudam a diminuir as possíveis complicações.

As **complicações mais frequentes** são: náuseas e vômitos, diarreia, prisão de ventre, obstrução da sonda PEG e sinais inflamatórios da pele.

### O QUE FAZER:

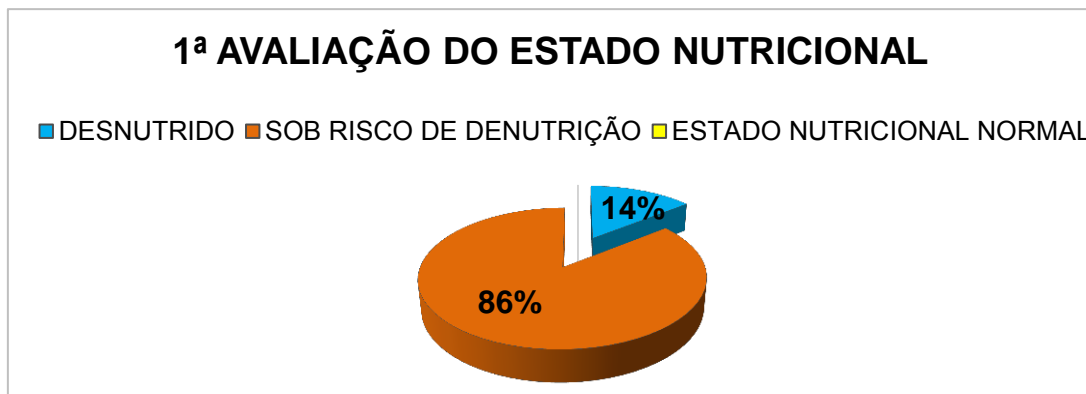
-Se apresentar náuseas e vômitos: fazer pausa na alimentação 1 a 2 horas e retomar;  
-Se apresentar diarreia: fazer dieta à base de caldos de arroz, sem leite, nem iogurtes e reforçar a quantidade de líquidos ao longo do dia;  
-Se a sonda PEG obstruir instilar 60cc de água quente (cuidado para não queimar a pessoa), ou "mugir" o tudo, sem exercer demasiada pressão, para não se partir.

## **APENDICE 9**

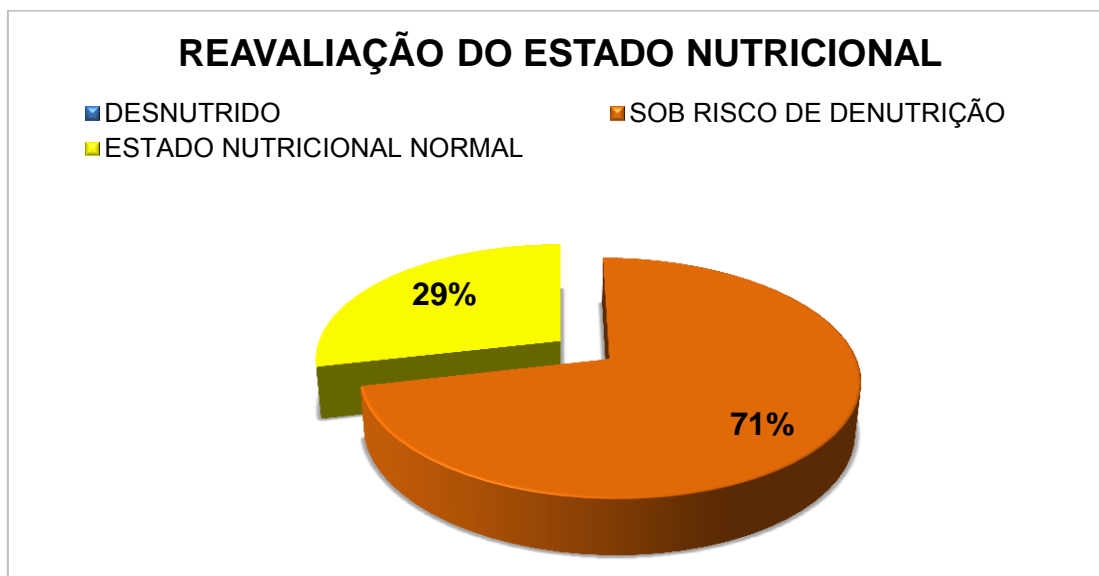
### **AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

## **RESULTADOS DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

Numa primeira avaliação do estado nutricional, com recurso ao MNA-SF®, constatou-se que 14% dos idosos se apresentavam desnutridos e 86% sob risco de desnutrição.



Numa reavaliação do EN, verificou-se que 29% dos idosos apresentava já um estado nutricional normal e 71% continuaram sob risco de desnutrição. Estes últimos tinham associado um elevado grau de dependência. A percentagem de idosos desnutridos passou para 0%.



A totalidade dos idosos melhorou a sua pontuação ao nível do MNA-SF®.

## **APENDICE 10**

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AS ENTREVISTAS, GUIÃO,  
ENTREVISTAS, GRELHA DE CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO DAS  
ENTREVISTAS

## CONSENTIMENTO INFORMADO

**Objetivo do estudo:** O objetivo do projeto para o qual é convidado a participar, é prevenir a desnutrição do idoso com alimentação entérica, no domicílio.

**Procedimento:** A participação neste projeto far-se-á através de aplicação de escalas de avaliação multidimensional do idoso e de uma entrevista. A informação obtida na referida entrevista (dados e respostas) será tratada de forma confidencial.

A participação no estudo é de carácter voluntário, podendo a qualquer momento negar o consentimento.

Assinatura do Enfermeiro autor do projeto: \_\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_

---

Declaro ter percebido a informação que me foi dada sobre a minha participação. Fui esclarecido sobre os aspetos que considero importantes. Fui informado que tenho direito a recusar participar. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste projeto.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Participante

---



## Guião de Entrevista

**Objetivo:** Avaliar os conhecimentos que a pessoa idosa e seu cuidador familiar detêm sobre os cuidados necessários para prevenção da desnutrição e manter melhor estado nutricional, para assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro.

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES FORMULADAS	OBSERVAÇÕES
<p><u>Bloco A</u></p> <p>Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado para o tema em estudo</p>	<p>- Legitimar a entrevista</p> <p>- Motivar a participação do entrevistado, para o tema em estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrever de forma clara e sucinta os objetivos do projeto e linhas orientadoras do mesmo;</li> <li>• Indagar a colaboração do participante para a importância do seu contributo no projeto;</li> <li>• Requerer permissão para realizar a entrevista e para a gravação áudio integral da mesma;</li> <li>• Assegurar a confidencialidade das informações obtidas durante a entrevista;</li> <li>• Informar o cliente que, caso o deseje, ser-lhe-á fornecido o resultado do estudo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre a duração aproximada da entrevista (15 a 20 minutos).</li> <li>• Esclarecer todas as questões efetuadas pelo participante, procurando evitar o desvio dos objetivos específicos.</li> </ul>
<p><u>Bloco B</u></p> <p>Aquisição de dados sociodemográficos</p>	<p>- Caracterizar a amostra em estudo</p>	<p>Idade</p> <p>Sexo</p> <p>Escolaridade</p> <p>Estado civil</p> <p>Com quem reside</p> <p>Cuidador familiar</p>	
<p><u>Bloco C</u></p> <p>Abordar o tema da entrevista com a pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar sobre os cuidados alimentares.</p>	<p>- Promover a reflexão da pessoa idosa face aos seus conhecimentos sobre a alimentação entérica, sobre como fazem a gestão da mesma, que recursos mobilizam, e as suas expectativas.</p> <p>- Obter feedback sobre a intervenção realizada</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Foi-lhe oferecida a possibilidade de participar nos cuidados?</li> <li>2. Que informação lhe foi dada que o ajudou com os seus cuidados no domicílio?</li> <li>3. Que outro tipo de informação gostaria de ter recebido?</li> <li>4. Participou e recebeu informação sobre os cuidados a ter com dispositivo?</li> <li>5. Tem conhecimento dos recursos disponíveis que pode utilizar caso necessite?</li> <li>6. Qual a sua opinião sobre a intervenção de enfermagem realizada consigo no âmbito do projecto para prevenção da desnutrição da pessoa idosa com alimentação entérica no domicílio?</li> </ol>	<p>Escutar a resposta do entrevistado, não permitindo desvios dos objetivos específicos;</p> <p>Utilizar questões orientadoras para o estudo.</p>

Para facilitar a condução da entrevista foram elaboradas algumas questões orientadoras.

### 1) Qual o seu conhecimento acerca da administração da alimentação entérica?

- ☐ Que informação lhe foi dada acerca dos cuidados em relação à AE? (horários, quantidades, hidratação, administração da medicação, despiste de complicações, nomeadamente no local de inserção do dispositivo, perda de peso, alterações da integridade cutânea).
- ☐ A informação que lhe foi fornecida ajudou-o na gestão de toda a situação, no seu dia-a-dia, em sua casa?

☐ Que outro tipo de informação gostaria de ter recebido?

**2) Foi-lhe oferecida a possibilidade de participar nos cuidados?**

☐ Sentiu que participou e decidiu o que queria para os seus cuidados?

**3) Participou e recebeu informação sobre o regime dietético que deve seguir?**

☐ Participou na construção do plano alimentar?

☐ Foi-lhe perguntado quais seus hábitos/gostos para a elaboração do plano alimentar?

☐ Sabe o número de refeições e quantidade de alimentos que deve administrar ao longo do dia?

☐ Sabe dizer quais os benefícios de seguir a dieta recomendada?

☐ Sabe dizer quais os sinais e sintomas que mostrem que não está a realizar um plano alimentar adequado?

☐ Sentiu que as indicações dadas acerca da dieta foram de encontro às suas preferências alimentares?

☐ O plano está de acordo com as suas possibilidades materiais e financeiras?

**4) Recebeu informação de como se articular com os serviços de saúde caso necessite?**

☐ Sabe a quem recorrer se tiver dúvidas ao nível da administração de AE?

**5) Qual a sua opinião sobre a intervenção de enfermagem para promover o melhor estado nutricional?**

**ASSUMIR O CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO**

---

**1. Que informação lhe foi dada acerca dos cuidados em relação à AE?**

a- Teve oportunidade de experimentar a técnica com os enfermeiros?

2. A informação que lhe foi fornecida ajudou-o no regresso a casa?

3. Que outro tipo de informação gostaria de ter recebido?

4. Sentiu que participou e decidiu o que queria para os seus cuidados?

5. Participou na construção do plano alimentar?

a. Foi-lhe perguntado quais os seus hábitos/gostos para a elaboração do plano alimentar?

b. Sabe o número de refeições e quantidade de alimentos que deve administrar ao longo do dia?

c. Sabe dizer quais os benefícios de seguir a dieta recomendada?

d. Sabe dizer quais os sinais e sintomas que mostrem que não está a realizar um plano alimentar adequado?

e. Sentiu que as indicações dadas acerca da dieta foram de encontro às suas preferências alimentares?

f. O plano está de acordo com as suas possibilidades materiais e financeiras?

6. Sabe a quem recorrer se tiver dúvidas?

7. Qual a sua opinião sobre o projeto de prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE.

## ENTREVISTAS TRANSCRITAS

### ENTREVISTA 1- Sr<sup>a</sup>. A, cuidadora familiar da D. A.M.

**Enf.<sup>a</sup>**- Bom dia D. A e D. A. Tal como tínhamos falado no primeiro dia que nos conhecemos, seria importante ter o seu testemunho acerca do projeto de prevenção da desnutrição das pessoas idosas acompanhadas no domicílio. Gostaria de lhe fazer umas perguntas acerca do mesmo, se permitir?!

**Sr. A.-** Claro que sim, estou ao seu dispor Sr<sup>a</sup> Enfermeira, tudo o que eu puder ajudar.

**Enf.<sup>a</sup>** - Que informação lhe foi dada acerca dos cuidados em relação à AE? (horários, quantidades, hidratação, administração da medicação, despiste de complicações, nomeadamente no local de inserção do dispositivo, perda de peso, alterações da integridade cutânea), e que a ajudou na gestão de toda a situação, no seu dia-a-dia, em sua casa?

**Sr. A.-** Tudo, desde o que colocar na comida, como variar nas refeições e fazer as coisas que a mãe mais gostava de comer, como dar a própria alimentação pela Peg, como dar a água e que também se podia dar chá que a minha mãe gostava muito... mas também que limpar bem a pele faz parte da sua higiene diária, enfim....Acho que as coisas que as Sr<sup>a</sup>a enfermeiras me ensinaram me ajudou no meu dia-a-dia, e principalmente ajudou a minha mãe, porque eu percebo que ela está bem.

**Enf.<sup>o</sup>**- E especificamente sobre a AE, o que lhe foi explicado?

**Sr.<sup>o</sup> A.-** Devido ao agravamento da doença da minha mãe, depois do último AVC, ela engasgava-se muito e uma das vezes tive que ir com ela para o hospital e ficou internada por causa de uma pneumonia. Então eu percebi que apartir daí era necessário uma alternativa. Foi então que ficou com a sonda e depois veio a colocar a Peg.

No início, foi muito complicado. Mas as Sra Enfermeiras já acompanhavam a minha mãe antes e já me tinham explicado mais ou menos e vieram cá logo no dia que a a minha mãe saiu do hospital. Fiquei mais calma, porque explicaram-me que continuaria a fazer a comida mais ou menos como fazia antes, porque eu já passava a comida toda para a minha mãe. Mas era preciso lavar bem a sonda para não ganhar sujidades e cheiros, e mudar o adesivo para aliviar a pele do nariz, ter cuidado para que ela não a puxasse para não sair. Mas era muito complicado porque ela tirava a sonda muitas vezes. Mas com a Peg acho que até ela (a mãe) ficou mais calma, parece mais descansada.

**Enf.<sup>o</sup>**- Muito bem, e que outras informações lhe foram dadas acerca da alimentação por sonda?

**Sra A. –** Bom, ela agora tem Peg e lembro-me muito bem que me ensinaram a limpar a pele à volta do tubinho e a rodá-lo devagarinho sem puxar porque está mesmo no estomago. As vezes vem uma certa humidade na compressa, mas sei que é normal. Falaram dos horários e acordámos seguir o esquema do plano alimentar para não deixar passar muito tempo entre as refeições.

**Enf.<sup>o</sup>**- Muito bem, e tiveram em conta os hábitos e gostos da sua mãe para fazer o plano alimentar que segue?

**Sr. A.-** Sim, embora não coma normalmente pela boca e não sinta o gosto das coisas, eu sei que a minha mãe sente o cheiro e às vezes passo-lhe nos lábios algumas coisas que eu sei que ela gosta, como chá de frutos vermelhos!

**Enf.** E faz muito bem. Isso é muito importante, assim como uma higiene correta da boca, diariamente.

**Sr. A.-** Sim, eu passo-lhe uma compressa na boca, com um bocadinho de tantum verde.

**Enf.<sup>a</sup>** - Sabe o número de refeições e quantidade de alimentos que dar ao longo do dia?

**Sra A** - Pelo menos, faço pequeno-almoço às 9h, meio da manha, almoço às 13h, lanche às 16h, jantar às 19h e ceia às 21h. Regulo-me por aquele esquema que vocês me deram.

**Enf.<sup>o</sup>**- E acha que trás benefícios seguir por esse esquema?

**Sr. A.-** Ajuda-me muito a mim, e depois também à minha irmã quando vem cá ajudar-me ou fica cá em casa enquanto eu saio. Também foi bom aquele papel (folheto) que explicava como fazer com a Peg, porque ajudou-me a explicar à minha irmã. E é sempre bom relembrar porque embora eu já faça isto há muito tempo, de vez em quando faz bem ler outras coisas e mudar.

**Enf.<sup>o</sup>**- Sabe dizer alguns sinais e sintomas que mostrem que não está fazer um plano alimentar adequado?

**Sr. A.-** Eu vejo logo na minha mãe, porque ela sempre foi uma pessoa de comer bem. Há um tempo atrás ela emagreceu e eu via que a roupa lhe ficava mais larga. Depois fez uma ferida na anca nessa altura, por isso também tem interferência, mas graças a Deus depois cicatrizou bem quando começou a comer pela Sonda! E agora com a Peg até acho que se nota na cara, está mais redondinha, e graças a Deus não tem tido feridas!

**Enf.º-** Sentiu que as indicações dadas acerca da dieta foram de encontro às preferências alimentares da mãe?

**Sr. A.-** Claro Sra Enf. Sempre falámos nisso e nos preocupámos com isso, porque também é importante para mim saber que estou a ir de acordo com a vontade de minha mãe. Mas que por outro lado também temos que ser realistas que as reformas são uma miséria e tento sempre fazer dentro das minhas possibilidades, aquilo que é melhor. E eu também sei que as enfermeiras conhecem-nos muito bem, e não iam sugerir nada que não conseguisse, e que fosse caro. Porque as despesas são muitas.

**Enf.º-** Sentiu que participou e decidiu o que queria para os cuidados à mãe como se fosse ela própria a decidir??

**Sr. A –** Olhe eu conheço muito bem a minha mãe e ela sempre viveu comigo, por isso sei os seus gostos e também sei quais eram as suas vontades e o que é melhor para ela. De cada vez que as Sr<sup>as</sup> enfermeiras cá vieram a casa, sempre me ajudaram a esclarecer dúvidas e ensinaram tudo para fazer o melhor.

**Enf<sup>a</sup> -** Bem, pergunta essencial: qual é a sua opinião sobre este projecto cujo objectivo é prevenir a desnutrição das pessoas idosas com AE no domicílio?

**Sr. A.-** Eu penso que foi muito útil. Devem manter este projeto para ajudar mais pessoas que passem por estas dificuldades. A qualidade de vida é outra. Porque não é só um dia, é todo um acompanhamento dia após dia, porque as dificuldades vão surgindo à medida que o tempo passa. E em casa temos que ter uma ginástica muito grande, estamos sozinhos a maior parte do tempo e contamos connosco mesmos. Mas este projecto fez-me sentir menos só e mais capaz. As enfermeiras preocupam-se muito com a minha mãe, mas eu sei que também se preocupam comigo. Conversamos muito, elas ensinam-me como fazer as coisas para poupar as costas, para aproveitar quando estou a cozinhar orientar várias refeições. Apoiam-me muito. Já organizaram várias vezes encontro entre pessoas que cuidam dos pais, ou maridos e esposas em casa, e até fizemos amizade uns com os outros, porque passamos os mesmos problemas. Ajuda muito, muito.

**Enf.º-** Agradeço muito a sua colaboração preciosa.

**Sr. A.-** Ora essa Sra Enf<sup>a</sup>, obrigada por me ter ouvido.

**Enf.º-** Obrigada por ter partilhado comigo tanta coisa. Bem vou dar por terminada a entrevista, obrigado foi muito importante o seu testemunho.

**Sr. A.-** Nós é que agradecemos, tudo o que fez por nós.

## **ENTREVISTA 2 - Sr<sup>a</sup>. A, cuidadora familiar da D. R.B.**

**Enf<sup>a</sup> -** Tal como tínhamos falado no primeiro dia que nos conhecemos, seria importante ter o seu testemunho acerca do projeto de prevenção da desnutrição das pessoas idosas acompanhadas no domicílio. Gostaria de lhe fazer umas perguntas acerca do mesmo, se permitir, respondendo ou não sempre que quiser?!

**Sr<sup>a</sup> A-** Claro que sim, Sr<sup>a</sup> Enfermeira, com muito gosto. Pode começar.

**Enf<sup>a</sup> –** Muito bem, então começamos com a primeira pergunta: que informação lhe foi dada sobre os cuidados com a alimentação entérica?

**Sr<sup>a</sup> A -** Quando a minha mãe deixou de poder engolir, derivado da doença de Alzheimer, a enfermeira explicou-me que teríamos de por uma sonda para alimentar a minha mãe e isso chama-se alimentação entérica. Falou-me para fazer a comida toda passada, tudo muito ralinho fazendo o melhor possível para conseguir dar através da sonda. Que confirmasse sempre a temperatura dos alimentos, mas isso eu já fazia. Para ver sempre, antes de dar, com a seringa vazia se tinha algum resíduo no estomago, para ver se fez bem a digestão. Sentá-la o possível para dar a comida e depois ficar assim um bocado. E com os medicamentos que devia esmagar-los e dar com um bocadinho de água. Mas eu sentia que tinha sempre aquela falta de poder mastigar, porque a minha mãe sempre gostou de comer, então chegava-lhe à boca algumas frutas, por exemplo os figos na altura deles, que ela

gostava tanto!

**Enf<sup>a</sup>** - Teve a oportunidade de experimentar com a enfermeira, de treinar a técnica antes?

**Sra A** - Sim ela fez a explicação de tudo, depois fez a apresentação de como fazer e eu treinei a seguir; peguei na seringa para experimentar, para eu própria sentir, tem que se fazer alguma força!

**Enf<sup>a</sup>** - Que informação foi mais importante, que teve mais significado para si?

**Sra A** - Tem a ver com o cuidado para a sonda não entupir, e para não se deslocar ou tirar. Numa altura eu sentei-a (à mãe) no cadeirão para mudar a cama e o resultado foi a sonda se ter deslocado, ficou só um bocadinho de sonda lá dentro e não conseguia dar-lhe comida. Entrei em stress, a minha preocupação foi tão grande! Mas liguei para o serviço logo de manhã e vieram logo. Não conseguiram introduzir uma nova e teve que ir para o hospital. Mas no hospital também não conseguiram e diziam que ela conseguia engolir normalmente, e eu sabia que não! Mas a médica marcou para ir a uma consulta para marcarem a Peg. Quando cheguei a casa liguei logo outra vez para o serviço e veio cá a Enf S. que conseguiu colocar a sonda muito bem e eu fiquei descansada. Durou até lhe colocarem a Peg.

**Enf<sup>a</sup>** - Agora com a Peg está mais descansada!?

**Sra A** - Sim, sim, mas tenho todos os cuidados para não sair na mesma, e se isso acontecer tenho a indicação para ir logo para as urgências. Também tenho muitos cuidados com a pele à volta do tubinho, lavar muito bem com água depois da comida, pelo menos uma seringa de 100ml e ver antes de dar se fez bem a digestão. Quando vim do hospital deram-me muitos papéis, mas se não fossem as Sra Enfermeiras, aquilo para mim era chinses. As enfermeiras fizeram um esquema das refeições a partir de toda a informação que vinha lá da nutricionista mas com as coisas que a minha mãe mais gostava de comer, o que me ajudou muito e me fez sentir melhor. Também me deram um panfleto com os cuidados que até tenho colado no frigorífico com o outro esquema. Dá-me jeito de vez em quando olhar para lá.

**Enf<sup>a</sup>** - Sabe quais os sinais e sintomas que a sua mãe pode apresentar caso não esteja a fazer esse plano alimentar adequado?

**Sra A** - A minha mãe gostava muito de olhar para as mãos, e de ver os anéis, mas agora estão muito largos, porque ela perdeu peso há uns anos. Mas com a sonda e agora com a Peg vejo que ela está cheinha de cara e rosadinha.

**Enf<sup>a</sup>** - Sabe a quem recorrer se precisar?

**Sra A** - Claro, sei que posso recorrer sempre à minha equipa de cuidados continuados integrados, que tenho ali numa fotografia. É só pegar no telefone. Há sempre um apoio para além do hospital, aqui na nossa casa! É uma das coisas melhores que existe, porque eu quero que a minha mãe aqui continue comigo, e que esteja o melhor possível.

**Enf<sup>a</sup>** - Bem, pergunta chave: qual é a sua opinião sobre este projecto cujo objectivo é prevenir a desnutrição das pessoas idosas com AE no domicílio?

**Sra A** - Acho que é um projecto que tem muita utilidade e que deve continuar. Foi muito importante este acompanhamento, deu-me um apoio muito grande. Qualquer coisa que tenho dúvidas ligo para elas.

**Enf<sup>a</sup>** - Sente que consegue dar continuidade àquilo que seria a vontade de sua mãe?

**Sra A** - Sim, sinto que faço como ela gostaria e que ela se sente bem e eu também fico bem. A mim dão-me muita força para continuar. Por exemplo, quando fui lá ao serviço para uma sessão para os cuidadores eu vi outras situações, conheci outras pessoas que tinham tantas dificuldades para fazer as comidas e ajudou a troca de ideias, um a dizer como fazia, o outro a dizer que fazia outras coisas. Eu disse como fazia e isso ajudou-os. Também me ajudou a mim, por exemplo para poder dar pão nas refeições, cozinho muitas vezes pão e dou-lhe ao pequeno almoço no leite e ela gosta muito. Ou então quando tem prisão de ventre dou-lhe água quente antes das refeições, mas tenho cuidados com a temperatura da água e do resto, porque sei que ela não sente. Vejo que a minha mãe está confortável. Só tenho a dizer bem de todas na equipa.

**Enf<sup>a</sup>** - Muito bem, dou por finalizada esta entrevista, e quero agradecer-lhe muito o seu contributo.

**Sra A** - De nada Sra Enf, eu agradeço por tudo que vocês fazem pela minha mãe e por mim.

# ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

QUADRO DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

AREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Fr	%
INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA AUMENTAR CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS COM ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA	Conhecimentos sobre processo de saúde	<i>a minha mãe deixou de poder engolir, derivado da doença de Alzheimer... Devido ao agravamento da doença da minha mãe, depois do último AVC, ela engasgava-se muito... ...e ficou internada por causa de uma pneumonia. ...Então eu percebi que apartir daí era necessário uma alternativa.</i>	4	5,9
	Conhecimentos sobre cuidados na preparação e administração da AE	<i>...como dar a própria alimentação pela Peg dar a água e que também se podia dar chá que a minha mãe gostava muito... ...limpar bem a pele faz parte da sua higiene diária ...Que confirmasse sempre a temperatura dos alimentos ...ver sempre, antes de dar, com a seringa vazia se tinha algum resíduo no estomago ...com os medicamentos que devia esmagar-los e dar com um bocadinho de água ...Sentá-la o possível para dar a comida e depois ficar assim um bocado.. ...era preciso lavar bem a sonda para não ganhar sujidades e cheiros cuidados com a pele à volta do tubinho... lavar muito bem com água depois da comida, pelo menos uma seringa de 100ml ...ver antes de dar se fez bem a digestão Falaram dos horários ... para não deixar passar muito tempo entre as refeições. O que colocar na comida fazer a comida toda passada como variar nas refeições fazer as coisas que a mãe mais gostava de comer cozinhar muitas vezes pão e dou-lhe ao pequeno almoço no leite e ela gosta muito</i>	16	23,5
	Riscos e complicações	<i>Quando a minha mãe deixou de poder engolir, a enfermeira explicou-me que teríamos de por uma sonda para alimentar a minha mãe e isso chama-se alimentação entérica. ...para ver se fez bem a digestão... ela engasgava-se muito e uma das vezes tive que ir com ela para o hospital e ficou internada por causa de uma pneumonia. ...ter cuidado para que ela não a puxasse para não sair. ... mudar o adesivo para aliviar a pele do nariz ...ensinaram a limpar a pele à volta do tubinho e a rodá-lo devagarinho sem puxar. Depois fez uma ferida na anca nessa altura (...tinha perdido peso), por isso também tem interferência. ...cuidado para a sonda não entupir, e para não se deslocar ou tirar ...tenho cuidados com a temperatura da água e do resto, porque sei que ela não sente. ...eu percebi que apartir daí era necessário uma alternativa.... eu passo-lhe uma compressa na boca, com um bocadinho de tantom verde. ...Graças a Deus não tem tido feridas.</i>	12	17,6
ASSUMIR O CUIDADO DO OUTRO	Participação nos cuidados/ tomada de decisão	<i>Olhe eu conheço muito bem a minha mãe e ela sempre viveu comigo, por isso sei os seus gostos e também sei quais eram as suas vontades e o que é melhor para ela. ...a enfermeira) ela fez a explicação de tudo, depois fez a apresentação de como fazer e eu treinei a seguir; ...peguei na seringa para experimentar, para eu própria sentir, tem que se fazer alguma força! acordámos seguir o esquema do plano alimentar.</i>	4	5,9
	Assegurar a continuidade do projecto de vida da pessoa idosa com AE	<i>Mas eu sentia que tinha sempre aquela falta de poder mastigar, porque a minha mãe sempre gostou de comer, então chegava-lhe à boca algumas frutas, por exemplo os figos na altura deles, que ela gostava tanto! embora não coma normalmente pela boca e não sinto o gosto das coisas, eu sei que a minha mãe sente o cheiro e às vezes passo-lhe nos lábios algumas coisas que eu sei que ela gosta, como o chá de frutos vermelhos... é importante para mim saber que estou a ir de acordo com a vontade de minha mãe ...sinto que faço como ela gostaria e que ela se sente bem e eu também fico bem.</i>	4	5,9

A INTERVENÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM FACE ÀS EXPECTATIVAS	Adequação dos recursos: plano alimentar individualizado e panfleto	<p>Ajuda-me muito a mim, e depois também à minha irmã</p> <p>Também foi bom aquele papel (folheto) que explicava como fazer com a Peg, porque ajudou-me a explicar à minha irmã.</p> <p>E é sempre bom lembrar porque embora eu já faça isto há muito tempo, de vez em quando faz bem ler outras coisas e mudar.</p> <p>As enfermeiras fizeram um esquema das refeições apartir dos papéis que vinham lá da nutricionista mas com as coisas que a minha mãe mais gostava de comer,</p> <p>Também me deram um panfleto com os cuidados que até tenho colado no frigorífico com o outro esquema. Dá-me jeito de vez em quando olhar para lá.</p>	5	7,4
	Disponibilidade da equipa (Enfº como um recurso)	<p>Mas liguei para o serviço logo de manha e vieram logo</p> <p>Quando cheguei a casa liguei logo outra vez para o serviço e veio cá a Enf S. que conseguiu colocar a sonda muito bem e eu fiquei descansada...</p> <p>...posso recorrer sempre à minha equipa de cuidados continuados integrados...</p> <p>É só pegar no telefone.</p> <p>... já me tinham explicado mais ou menos e vieram cá logo no dia que a a minha mãe saiu do hospital. Fiquei mais calma...</p>	5	7,4
	Os cuidadores sentem-se cuidados	<p>As enfermeiras preocupam-se muito com a minha mãe, mas eu sei que também se preocupam comigo.</p> <p>Conversamos muito, elas ensinam-me como fazer as coisas para poupar as costas.</p> <p>Apoiam-me muito.</p> <p>Já organizaram várias vezes encontro entre pessoas que cuidam dos pais, ou maridos e esposas em casa, e até fizemos amizade uns com os outros, porque passamos os mesmos problemas..</p> <p>...o que me ajudou muito e me fez sentir melhor.</p> <p>A mim dão-me muita força para continuar!</p> <p>Só tenho a dizer bem de todas na equipa.</p> <p>...quando fui lá ao serviço para uma sessão para os cuidadores eu vi outras situações, conheci outras pessoas que tinham tantas dificuldades...</p> <p>Já organizaram várias vezes encontro entre pessoas que cuidam dos pais, ou maridos e esposas em casa, nesta situação e até fizemos amizade uns com os outros, porque passamos os mesmos problemas. Ajuda muito, muito.</p>	9	13,2
IMPORTÂNCIA DO PROJETO	Capacitar para promover o melhor estado nutricional da pessoa idosa com AE, cuidada no domicílio	<p>...foi muito útil.</p> <p>Ajuda muito, muito.</p> <p>Devem manter este projeto para ajudar mais pessoas que passem por estas dificuldades.</p> <p>A qualidade de vida é outra.</p> <p>... não é só um dia, é todo um acompanhamento dia após dia</p> <p>...porque as dificuldades vão surgindo à medida que o tempo passa.</p> <p>...em casa temos que ter uma ginástica muito grande, estamos sozinhos a maior parte do tempo e contamos connosco mesmos.</p> <p>Mas este projecto fez-me sentir menos só e mais capaz.</p> <p>É uma das coisas melhores que existe, porque eu quero que a minha mãe aqui continue comigo, e que esteja o melhor possível.</p>	9	13,2
TOTAL			68	100%

## **ANEXOS**



**ANEXO 1**

**MNA-SF®**

## Mini Nutritional Assessment

**MNA<sup>®</sup>**

**Nestlé  
Nutrition Institute**

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados.  
Some os números para obter a pontuação final da triagem.

Triagem	
<b>A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</b> 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
<b>B Perda de peso nos últimos 3 meses</b> 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
<b>C Mobilidade</b> 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
<b>D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?</b> 0 = sim      2 = não	<input type="checkbox"/>
<b>E Problemas neuropsicológicos</b> 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
<b>F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m<sup>2</sup>])</b> 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SE IMC NÃO DISPONÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA QUESTÃO F2. NÃO RESPONDER À QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ ESTIVER COMPLETA	
<b>F2 Circunferência da Perna (CP) em cm</b> 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	<input type="checkbox"/>
<b>Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)</b>	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA<sup>®</sup> - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006;10:456-465.
  - Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377.
  - Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.
  - Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA<sup>®</sup>-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13:782-788.
- © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M  
Para maiores informações: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

## **ANEXO 2**

### **INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL**

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita\_\_\_\_\_

Dobra ao meio\_\_\_\_\_

Coloca onde deve\_\_\_\_\_

Nota:\_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos\_\_\_\_\_

Nota:\_\_\_\_\_

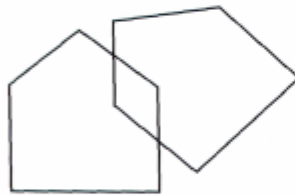
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:\_\_\_\_\_

Nota:\_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)**

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:\_\_\_\_\_

Nota:\_\_\_\_\_

**TOTAL**(Máximo 30 pontos):\_\_\_\_\_

<p><u>Considera-se com defeito cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• analfabetos <math>\leq 15</math> pontos</li><li>• 1 a 11 anos de escolaridade <math>\leq 22</math></li><li>• com escolaridade superior a 11 anos <math>\leq 27</math></li></ul>
---

Nome: \_\_\_\_\_

	DATA DE AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
<b>ÍNDICE DE BARTHEL</b>				
<b>QUANTO À SUA HIGIENE PESSOAL:</b> (1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho; (0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.				
<b>QUANTO A TOMAR BANHO:</b> (1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro; (0) Não consegue tomar banho sozinho.				
<b>QUANTO A VESTIR-SE:</b> (2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores); (1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abetoar botões); (0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.				
<b>QUANTO A ALIMENTAR-SE:</b> (2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confeccionada, consegue comer sozinho; (1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc; (0) Não consegue alimentar-se sozinho.				
<b>QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO:</b> (3) Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade; (2) Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física); (1) Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira; (0) Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.				
<b>QUANTO A SUBIR E DESCER ESCADAS:</b> (2) Consegue subir e descer escadas; (1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas; (0) Não consegue subir ou descer escadas.				
<b>QUANTO A ANDAR/MARCHA OU DESLOCAR-SE:</b> (3) Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana,...); (2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa; (1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas; (0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.				
<b>QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL:</b> (2) Controla bem esta função; (1) Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes; (0) Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.				
<b>QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA:</b> (2) Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos; (1) Perde urina acidentalmente; (0) Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.				
<b>QUANTO A IR À CASA DE BANHO:</b> (2) não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda); (1) Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho; (0) Não consegue ir à casa de banho sozinho.				
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>				
<b>GRAU DE DEPENDÊNCIA</b>				
<b>ASSINATURA DO ENFERMEIRO</b>				

Total dependência (0-8)   Dependência Grave (9-12)   Dependência Moderada (13-19)   Independência Total (20)

ARAÚJO, F., RIBEIRO, J. L., OLIVEIRA, A., PINTO, C. (2007). **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados**. Lisboa: revista Portuguesa de Saúde Pública.

Nome: \_\_\_\_\_

CHLN: \_\_\_\_\_

		Data	Data	Data	Data
Itens		Cotação	Cotação	Cotação	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	1	1	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesadp	2	2	2	2
	Só faz tarefas leves	3	3	3	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4	4	4	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5	5	5	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	1	1	1
	Só lava pequenas peças	2	2	2	2
	É incapaz de lavar a roupa	3	3	3	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	1	1	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2	2	2	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3	3	3	3
	Incapaz de preparar refeições	4	4	4	4
Ir às compras	Faz compras sem ajuda	1	1	1	1
	Só faz pequenas compras	2	2	2	2
	Faz as compras acompanhado	3	3	3	3
	É incapaz de ir às compras	4	4	4	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1	1	1	1
	Só liga para lugares familiares	2	2	2	2
	Necessita de ajuda para o usar	3	3	3	3
	Incapaz de usar o telefone	4	4	4	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1	1	1	1
	Só anda de taxi	2	2	2	2
	Necessita de acompanhamento	3	3	3	3
	Incapaz de usar o transporte	4	4	4	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1	1	1	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2	2	2	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3	3	3	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1	1	1	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2	2	2	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3	3	3	3
<u>PONTUAÇÃO FINAL</u>					
<u>GRAU DE DEPENDÊNCIA</u>					
<u>ASSINATURA DO ENFERMEIRO</u>					

Independente - 8 pontos; Dependência Moderada (necessita de ajuda parcial) 9-20 pontos; Dependência Severa (necessita de muita ajuda) 20 pontos.

Índice de Lawton-Brody adaptado por SEQUEIRA, C. (2007). Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra. Quarteto Editora.

## Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

1. Está satisfeito com a sua vida?	Sim	Não
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	Sim	Não
3. Sente a sua vida vazia?	Sim	Não
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim	Não
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim	Não
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	Sim	Não
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim	Não
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas	Sim	Não
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	Sim	Não
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim	Não
12. Sente-se inútil?	Sim	Não
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim	Não
14. Sente que para si não há esperança?	Sim	Não
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o (a) senhor(a)?	Sim	Não
<p><b><u>Pontuação:</u></b></p> <p>1 ponto por cada resposta <b><u>SIM</u></b> nas perguntas, 2, 3, 4, 6,8,9,10, 12,14 e 15</p> <p>1 ponto por cada resposta <b><u>NÃO</u></b>, nas perguntas – 1,5,7,11e 13</p> <p><b><u>Classificação</u></b></p> <p>Scores superiores a <b>5 pontos</b> – sugestivo de depressão a ser encaminhado para reavaliação</p> <p>Scores superiores a <b>10 pontos</b> – são quase sempre sugestivos de depressão.</p>		



# ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____						
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____						
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.		<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.		<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.		<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.			
	<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade		<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.		<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.		<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.		<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
	<b>Actividade</b> Nível de actividade física		<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.		<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.		<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.		<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
	<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo		<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.		<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.		<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.		<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
	<b>Nutrição</b> Alimentação habitual		<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.		<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.		<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.		<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>		<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descal frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.		<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.		<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.				
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.						<b>Pontuação total</b>				

### Escala de Zarit (sobrecarga do cuidador) (SEQUEIRA, 2007, 2010)

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					

19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					



